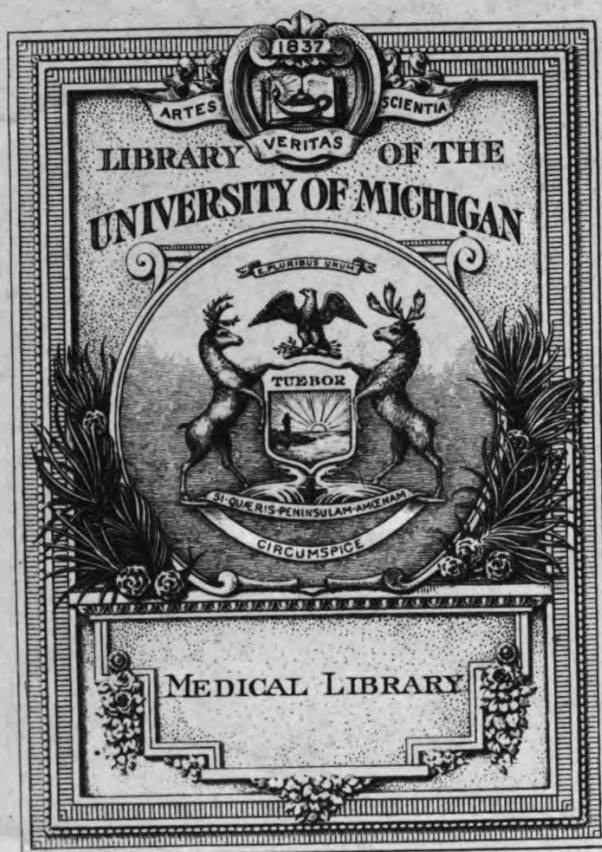


A 3 9015 00380 188 6  
University of Michigan - BUHR



*Excerpta medica*  
*1894/1895*











610.5  
E 95

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

*Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*



Vierter Jahrgang 1894/95.



BASEL und LEIPZIG  
VERLAG von CARL SALLMANN.  
1895.

24



Medical  
Müller  
1-29-27  
13902

## Inhalts-Verzeichniss.

### A.

- Abbinden, der Glieder 3.  
Abort 350.  
— crimineller 464.  
Abortivmittel 465.  
Abrasio uteri 524.  
Abscess 25, 129, 245, 251, 333.  
— subphrenischer 333.  
Acetonurie 125.  
Acid. arsenicos. 228, 326, 554.  
— benzoic. 264.  
— boric. 132, 356, 392, 398, 495.  
— carbohc. 25, 56, 57, 213, 220, 300, 313, 330, 447, 531, 571.  
— chromic. 370.  
— citric. 532.  
— lactic. 534.  
— muriatic. 342, 546.  
— oxalic. 121.  
— pyrogallie. 561.  
— salicyl. 56, 219, 221, 222, 223, 263, 288, 314, 495, 534, 561.  
— sulfuric. 261.  
— tannic. 6, 16, 121, 233.  
— tartaric. 287.  
— trichloracetic. 3, 534.  
Actinomykose 102.  
Adeps lanae 288.  
Adonis vernal. 306.  
Aether, König'scher. 129.  
Aethermaske 244.  
— narkose 37, 38, 40, 125, 126.  
— nephritis 125.  
— tod 38.  
Agrypnie 24, 41, 89, 185.  
Airol 389.  
Akne 83, 110, 166, 441, 450.  
Albuminurie 125, 149, 287.  
— nach Aethernarkosen 125.  
— nach Serumeinspritzung 149.  
Alexisbad 373.  
Alkohol absol. 357.  
Alkoholismus 341.  
Alkohol zu therapeutischen Zwecken 537.  
Alkoholverband, dauernder 18.  
Alopecia areata 288.  
— syphilitica 325.  
Alumin. 234, 456.  
Ammon. carbonic. 299.  
Amylnitrit 454.  
Anaemie 155, 178, 341, 373, 385, 546.  
— des Gehirns 155.  
Anaesthesia, Narkose 37, 125, 242.  
Anasarka 293.  
Angina 93.  
— urica 295.

#### IV

Antifebrin 115.  
Antipyrin 43, 67, 151, 280,  
300, 356, 557.  
Antipyrin-Exanthem 49.  
Antisepsis, Asepsis, Desinfection  
1, 43, 130, 245, 388, 493.  
Antispasmin 279.  
Aortenaneurysma 527.  
Aphthen 389, 496.  
Apoplexia cerebri 39.  
Apparat zur Behandlung von  
Fingercontracturen 6.  
— zur Sterilisation von Ver-  
bandstoffen und Instrumen-  
ten 133.  
Aqua calci. 151.  
— chlori 341.  
— chloroform. 25.  
— lauroc. 60, 330.

Argent. nitric. 226, 237, 250,  
328, 398, 443, 539.  
Aristol 298, 561.  
Argyrie 451.  
Arthritis deformans 294, 393.  
Arthritis gonorrhoeica 74, 75, 76.  
— urica 46, 89, 187, 295.  
Arteriosklerose 39, 308, 405,  
406.  
Arznei-Exantheme 47, 345, 547.  
Asa foetid. 316.  
Asaprol 237.  
Aspermatismus 90.  
Asphyxie 246.  
Atherom 129.  
Athmung, künstliche 247.  
Atropin. sulfuric. 22, 487.  
Augenentzündungen 189, 296,  
392.

#### B.

Bäder, heisse 101, 311.  
Balancecentrifuge 173.  
Balanitis 70, 371.  
Ballonspritze, Desinfection der  
246.  
Balsam. Copaiv. 547.  
— peruvian. 81, 478.  
Barlow'sche Krankheit 192, 346.  
Becken, enges 156.  
Beckenhebung 272.  
Bismuth. salicyl. 313.  
— subnitric. 16, 82, 115, 227,  
233, 356.  
Blasen-Scheiden-Fisteln 566.  
Bleikolik 310.  
Bleipaste 263.  
Blepharitis 190, 299.  
Blenorrhoea neonatorum 392.  
Blut, Entfernung desselben von  
Händen, Schwämmen, In-  
strumenten 540.

Blutungen, aus den Augen 347,  
499.  
— aus der Blase 2, 351, 397.  
— aus dem Darm 136, 248.  
Blutungen, aus der Haut 4, 147.  
— aus der Leber 3.  
— aus der Lunge 3, 136, 226,  
249.  
— aus dem Magen 136, 248.  
— aus dem Mund 351.  
— aus der Nase 3, 136, 248,  
350.  
— aus dem Rachen 498.  
— aus dem Uterus 3, 136, 161,  
348, 350.  
— aus den Zähnen 2, 135,  
350, 499.  
— bei Operationen 3.  
Boklet 373.  
Borax 108.  
Bothriocephalus latus 546.



Bromaethyl 41, 128.  
 Bromalin 306.  
 Bromoform 557.  
 Bronchialdrüsenanschwellung 279.

Bronchitis 110, 279, 299.  
 Brustwarzen, eingezogene 235.  
 Rubo 46, 250, 443.  
 Bubonulus syphiliticus 70.

## C.

Cachexia thyreopriva 4.  
 Cachexie, Syphilis und Mercurial- 170.  
 Calc. carbonic. praecip. 377.  
 — phosphoric. 377, 441.  
 — sulfurat. 441.  
 Calomel, s. Hydrarg. chlorat.  
 Calomel-Traumaticin 24.  
 Camphor. 261.  
 Cannstatt 372.  
 Cantharidin 548.  
 Capsul. gelat. cum Solveol. 224.  
 Carbol-Bleiwasser 56.  
 Carbol-Glycerin 57, 213, 420.  
 Carbolquecksilberpflastermull 443, 444.  
 Carbunkel 404, 449.  
 Carcinoma cervicis 566.  
 — mammae 41.  
 — oesophagi 231.  
 — uteri 41, 348.  
 — ventriculi 20, 165, 231, 484, 485.  
 — Heilung durch Krebsserum 481—483.  
 Caries dentium 477.  
 Castratio 19, 368.  
 Cataracta 404.  
 Cervixdilator 433.  
 Chalazeon 347.  
 Chinin. muriat. 22, 313, 327, 442, 450, 553, 554.  
 — sulfuric. 156, 546.  
 — tannic. 553, 558.  
 Chinin-Exanthem 48.  
 Chininseife 366.

Chloral. hydrat. 3, 61, 531.  
 Chloroform 67, 310, 312.  
 Chloroformnarkose 37, 40, 41, 126, 241, 273.  
 Chlorose 5, 111, 170—176, 341, 343, 373, 385, 545.  
 Cholelithiasis 136, 396.  
 Cholera asiat. 265.  
 — infant. 100.  
 Chorea 185, 220.  
 Choroiditis 189, 190.  
 Chorioretinitis 526.  
 Chrysarobin 80, 219, 263, 288.  
 — salbenstift 288.  
 — salicylsalbenstift 288.  
 Cirrhosis hepatis 4, 193, 218.  
 Citronen, Aufbewahren von 30.  
 Citronensaft 248.  
 Cocain. muriat. 3, 6, 20, 22, 46, 67, 100, 165, 234, 242, 243, 308, 317, 330, 361, 433, 454, 534, 574.  
 Coccygodynne 299.  
 Codein. 4, 306.  
 — phosphoric. 24.  
 Coitus, im Kindesalter 538.  
 Collod. cantharid. 56.  
 Coma diabeticum 402.  
 Combustio 91, 245, 389, 396.  
 Compression der Trachea 457.  
 Conjunctivitis 5, 299, 395.  
 — catarrh. 395.  
 — follicul. 395.  
 — granulos. acut. 5.  
 Contracturen 6, 422.  
 Convulsionen 185.

## VI

Cotoin. 61.  
Coxa vara 193.  
Coxitis 112, 194.  
Creolin 20, 55.

Cresol. pur. liquefact. 388, 389.  
Cudowa 373.  
Cupr. sulfuric. 511, 512, 554.  
Cystitis 43, 357, 397, 548

## D.

Dammgeburt 562.  
— riss 66.  
Dauerkataplasma 378.  
Deckgläschen, zur Mikroskopie 237.  
Delirium hallucinatorium 7.  
Dermatitis 80, 398.  
Dermatol 299, 499.  
Dermatomyositis 91.  
Dermoidcysten 129.  
Desinfektionsapparate s. Sterilisationsapparate.  
Desinfection der oberen Luftwege 495.  
— vaginale, Kreissender 161.  
Desodorantien 31.  
Diabetes mellitus 94, 308, 351, 400, 414.  
Diarrhoë der Kinder 100.

Diarrhoë der Phthisiker 114.  
Digitoxin 534.  
Dilatatio ventriculi 231, 274.  
Diphtherie 10, 49, 94, 140, 194, 251, 300, 353, 389, 407.  
— larvirte 208.  
— heilserum 12, 51, 54, 55, 94, 140, 149, 194, 251, 300, 353, 407.  
— membranen, mikroskopische Untersuchung 150.  
Driburg 373.  
Druckverband bei Bubo 444.  
Duboisin. sulfuric. 10.  
Dysmenorrhö 317, 356.  
Dyspareunie 373, 374.  
Dyspepsie 170, 273, 274, 361.

## E.

Eiterungen, aseptische Behandlung der 390.  
Eiweiss im Urin s. Albuminurie.  
Eiweissprüfer 287.  
Eklampsia gravidarum 457, 460.  
Ekzem 46, 80, 83, 130, 172, 260, 288, 356, 371.  
Ekzema seborrhoic. capit. 442.  
Elisabethinerkugeln 508.  
Elektroendoskop 213.  
Elmen 372.  
Elster 372, 373.  
Emphysema pulmon. 333.  
Emplastr. Belladonn. 32.  
— Chrysarobin. 219.

Emplastr. Hydrarg. 151.  
— Plumbi 16, 151.  
— Pyragallol. 219.  
— saponat. 151.  
Ems 373.  
Endometritis 348.  
Enuresis nocturna 357, 550.  
Ephedrin-Homatropinlösung 376.  
Ephelides 110.  
Epilepsie 13, 305.  
Epistaxis s. Blutungen.  
Erbrechen, der Schwangeren 67, 156, 165.  
— hysterisches, 155, 165, 422.



Ergotin 227.  
 Erysipel 24, 205, 357, 478.  
 Erysipelserum s. Krebsserum.  
 Erythema exsudat. multiforme  
 145.  
 Eserin 551.  
 Etirage 154.  
 Euophen 245.  
 Extract. Belladonn. 6, 136.

Extract. Cannab. ind. 546.  
 — Gossipii fluid. 136.  
 — Nuc. vomic. 227, 546.  
 — Opii 308, 546.  
 — Rhei 546.  
 — Viburn. prunif. fluid. 356.  
 Extractio dentium 2, 129, 135.  
 Extrauterinschwangerschaft 317,  
 524.

## F.

Favus 130.  
 Febris 24, 210.  
 Ferratin 387, 388.  
 Ferripyrin 248, 341.  
 Ferr. lactic. 377.  
 — sulfuric. 261, 546.  
 Fettleibigkeit 267, 373.  
 Fettmilch 173.  
 Fibromyome des Uterus 66.  
 Fol. Belladonn. 280.  
 — Digital. 546.  
 Follicularkatarrh 395.  
 Fracturae ossium 152, 268, 412,  
 500.  
 Fracturae calcanei 503.  
 — claviculae 247.

Fracturae costarum 503.  
 — malleol. 268.  
 — olecrani 268, 500.  
 — patellae 153, 268, 500, 501,  
 514, 515.  
 — radii 412, 517.  
 Fracturen, Vereiterung subcu-  
 taner 152.  
 Franzensbad 373.  
 Frauenmilch, Veränderlichkeit  
 der 175.  
 Friedrichshall 373.  
 Frühgeburt, künstliche 162.  
 Furunkel 19, 110, 129, 401,  
 447, 449.

## G.

Gallicin 395.  
 Gallobromol 78.  
 Galvanokaustik 6, 371.  
 Ganglion 448.  
 Gangrän 404, 405.  
 Gangraena pulmonum 271.  
 Gasbäder, kohlensaure 374.  
 Gastralgie 454.  
 Gesichtslagen 64, 501.  
 Glaukom 551.  
 Gleichenberg 373.  
 Glossitis 214.

Glycerin-Injectionen in den Ute-  
 rus 162.  
 Glycerin-Tannin-Verband 6.  
 Glykosurie, artificielle 401.  
 Gonorrhoe s. Urethritis.  
 Gonitis 113.  
 Granulome des Ohrs 131.  
 Guberquelle 373.  
 Guajakol 19, 210, 211, 220,  
 454, 478.  
 Guajakolcarbonat 327.  
 Gumma der Orbita 321.  
 Gummi resin. Asae foetid. 317.

## VIII

### H.

Haematoemesis s. Blutungen.  
 Haematokolpos 487.  
 Haematoporphyrinurie 186.  
 Haematurie s. Blutungen.  
 Haemol. hydrarg. jodat. 474.  
 Haemophilie 2.  
 Haemoptoe s. Blutungen.  
 Haemoglobinurie 505.  
 Haemorrhoiden 56, 272, 420.  
 Haemorrhoidal-Tampons 421.  
 Hände, Desinfection der 132.  
 Hängelage, Walcher'sche 156, 157.  
 Hall 372, 373.  
 Handgriffe, Nägeli'sche 154.  
 Hemicranie 58, 317.  
 Hemiplegie 13.  
 Hernien 58, 306.  
 Herniotomie 129.  
 Herpes 16, 306.  
 — genital. 70. 498.  
 — zoster 307, 308.

Höllensteinflecke, in der Kleidung 237.  
 Homburg 372.  
 Hordeolum 299.  
 Hydramnion 163.  
 Hydrarg. bichlorat. 6, 11, 22, 32, 45, 189, 213, 284, 287, 388, 326, 475, 552.  
 — chlorat. 24, 215.  
 — oleinic. 223.  
 — praecip. alb. 82.  
 — salicyl. 73.  
 Hydrocephalus, des nachfolgenden Kopfes 566.  
 Hydrogen. superoxyd. 355.  
 Hygiama 434.  
 Hyperämie des Gehirns 154.  
 Hyperemesis gravidar. s. Erbrechen.  
 Hyperidrosis 60.  
 Hypnose 41.  
 Hysterie 16, 155, 165, 422.  
 Hysteria virilis 16.

### I.

Ichthyol 78, 219, 220, 223. 361, 549, 561.  
 Icterus nach Extract. filic. mar. aeth. 217.  
 — syphiliticus praecox 165.  
 Impetigo 552.  
 Impfbesteck, neues 2.  
 Incontinentia urinae 31.  
 Influenza 271, 273, 403, 448, 549.  
 Infus. Senn. comp. 151.  
 Intercostal-Neuralgien 312.  
 Intermittens 553.  
 Intoxication mit Anilin 485.  
 — — Antipyrin 217, 506.

Intoxication mit Argent. nitric. 451.  
 — — Arsenik 308.  
 — — Belladonna 452.  
 — — Blei 310, 507, 554.  
 — — Bromaether 309.  
 — — Carbolsäure 509.  
 — — Chromsäure 555.  
 — — Cocain 63, 453.  
 — — Extract. filic. mar. 217, 310.  
 — — Kal. permang. 358.  
 — — Kohlenoxyd 308.  
 — — Lysol 61, 62.  
 — — Migränin 216.



Intoxication mit Morphin 308.  
 — — Nitrobenzol 358.  
 — — Opium 309.  
 — — Quecksilber 63.  
 — — Phosphor 509, 554.  
 — — Sulfonal 556.  
 — — Tannin 358.

Intoxication mit Trional 62, 359.  
 Intoxicationen, erste Hilfeleistung bei 509.  
 Inunctor 538.  
 Iritis 189, 298.  
 Ischias 294, 311, 312, 379, 454.  
 Ischl 372.

## J.

Jodexanthem 547.  
 Jodglycerin 570.  
 Jodoform 233, 316, 411, 412.

Jodoformglycerin 112.  
 Johannisbad 373.  
 Jucken 172, 556.

## K.

Kal. bromat. 356.  
 — chloric. 12, 119, 151.  
 — jodat. 98, 283, 284, 527, 529, 547.  
 — permang. 31, 77, 309, 328, 329, 509.  
 Kal. chloric.-Zahnpaste 82.  
 Kalk bei Diabetes 445.  
 Katheter, Einfetten der 32.  
 — aseptische Aufbewahrung für häuslichen Gebrauch 45.  
 Katheterismus der Ohrtrumpete 71.  
 Kau-Tabletten 362.  
 Keratitis 189, 298, 299, 395, 396.  
 Kissingen 372.  
 Kösen 372.  
 Köstritz 294.

Königswarth 373.  
 Kopf, nachfolgender, Behandlung 565.  
 Kopfschmerz 154, 155.  
 Kopfstützgriff 154.  
 — streckgriff 155.  
 — knickgriff 155.  
 Kornbranntwein 108.  
 Krankenheil 373.  
 Kraurosis vulvae 360.  
 Krebsserum 481—483.  
 Kreosot 108, 224, 271, 313.  
 — leberthran 110.  
 — carbonat 225.  
 — salicylpflastermull 219.  
 Kresol s. Cresol.  
 Kreuth 372.  
 Kreuznach 372.

## L.

Lactophenin 24, 220.  
 Lactophenin-Exanthem 47.  
 Landeck 373.  
 Laofahschwamm 133.  
 Laparotomie 129, 155, 431.

Laryngitis 279, 474.  
 Leibwärmflasche 356.  
 Lepra 219.  
 Leukoderma 325.  
 Leukoplakie 97.

## X

Levico 373.  
Lichen ruber 80.  
— urticatus 556.  
Lipurie 118.  
Liq. Alumin. acet. 82.  
— ammon. acet. 330.  
— ferri album. 388.  
— ferri sesquichlorat. 55, 91,  
303, 388.  
— ferri mangan.-sacch. 111.

Liq. Kal. acetic. 511.  
Lithion salicyl. 47.  
Lupus vulgar. 81, 224, 225,  
263, 288, 478.  
Luxatio coxae 414, 415.  
— der Peroneussehnen 504.  
Lymphangoitis 19.  
Lymphstrang, luetischer 70.  
Lysidin 89.

## M.

Magen- und Darmkatarrhe 100,  
178, 273, 341, 342, 361,  
401.  
Magnes. sulfuric. 261.  
Makrocheilie 527.  
Mammae, Anschwellung bei  
Wöchnerinnen 32.  
Marienbad 372.  
Marmorseife 1.  
Massage der Haut 442.  
— des Leibes 278.  
Mastdarmtamponade 366.  
Mastitis 19, 32, 224.  
Masturbation 536.  
Mehl-Ernährung, bei Säug-  
lingen 363.  
Meningitis cerebrospinal. 101,  
311.  
— tuberculosa 100.

Menstruation, vicariirende 249.  
Menthol 55.  
Mesmeriren 42.  
Metakresol 55.  
Migränin 58.  
Milch, Sterilisation der 176.  
Milchsecretion, Sistirung der  
165, 177.  
Mixtur. ferri acid. 261.  
Morbus Basedowii 64, 468.  
Morph. muriat. 4, 37, 46, 65,  
114, 226, 227, 531.  
Münster 372.  
Mumps der Thränendrüse 364.  
Muskau 373.  
Muskelatrophie 514.  
Myocarditis 535.  
Myxödem 102, 276.  
Myxom der Nase 248.

## N.

Nabelrest, rasche Mumification  
des 539.  
Nachtschweisse der Phthisiker  
60.  
Nähseide, Aufbewahren von  
45.  
Naphthol 81, 261, 556.  
Natr. benzoic. 151.

Natr. biborac. 456.  
— bicarb. 406.  
— bromat. 306.  
— chlorat. 136, 261.  
— jodat. 208.  
— nitric. 136.  
— salicyl. 11, 47, 151, 208,  
222, 299, 314, 495.

Natr. sulfuric. 136.  
 Nauheim 372.  
 Nekrose des Kiefers 530.  
 Nephritis 125, 178, 204, 283,  
 294, 535, 561, 562.  
 Nervendehnung 154.

Netzhautablösung 518.  
 Neuenahr 373.  
 Neuralgien, Neurosen 154,  
 294, 308, 312, 454.  
 Nitroglycerin 454.  
 Nosophen 369.

# O.

Obstipatio 278, 300, 317.  
 Odontalgie 312.  
 Odontol 330.  
 Oedema pulmonum 38.  
 Ofner 373.  
 Ol. benzoat. 264.  
 — Bergamott. 107.  
 — camphorat. 512.  
 — Caryophyll. 219.  
 — ciner. 63.  
 — Fagi 314.  
 — jecor. aselli aromat. Standtke  
 110.

Ol. lithanthrac. 172.  
 — Ricin. aromat. Standtke  
 111.  
 — Rusci 314.  
 — Terebinth. 2, 31, 222, 350,  
 389, 554.  
 Ol. Santal.-Exanthem 47.  
 Ophthalmie, sympathische 190.  
 Osteomalacie 446, 447.  
 Osteomyelitis 26.  
 Otitis 130.  
 Ozaena s. Rhinitis.

# P.

Panaritium 18, 129.  
 Pankreasextract 352.  
 Pankreas 275, 427, 428.  
 Papain 3, 274, 546.  
 Paracolpitis puerperalis 67.  
 Parad 373.  
 Paralyse 13, 166, 168.  
 Paraldehyd 513.  
 Parametritis 372.  
 Parotitis 364.  
 Pavor nocturnus 185.  
 Pelveoperitonitis 372.  
 Pepsin 273, 274, 275, 342.  
 — essenz 84,  
 — saft 84.  
 — wein 84.  
 Perforation des nachfolgenden  
 Kopfes 158.

Perichondritis auriculæ 106.  
 Peristruinitis 471.  
 Percussionsfinger, federnder 235.  
 Pertussis 18, 107, 110, 279,  
 312, 353, 557.  
 Phenacetin 115, 147, 345, 357.  
 Phlebitis paraprostatica 559.  
 — periprostatica 559.  
 Phlegmone 18, 129.  
 Phosphor 557.  
 Phthisis s. Tuberculose  
 Pillul. Blandii. 388, 545.  
 Pilocarpin. muriat. 265.  
 — nitric. 94.  
 Pinsel, Desinfection der 392.  
 Piperacin 189.  
 Placenta prævia 159, 318, 320.  
 Plaques opalines 325.

## XII

Pityriasis versicolor 365, 455.  
Pleuritis 19, 170, 279, 294, 333.  
Pleurodynie 312.  
Plumb. acet. 227, 554.  
Polyneuritis 231.  
Polyp der Nase 371.  
— des Ohrs 131.  
Preblau 329.  
Primel-Dermatitis 398.  
Prolapsus recti 456.  
Prostataabscess 558.  
— hypertrophie 19, 357, 366, 456.  
— pastillen 456.  
Prurigo 80, 173.  
Pruritus 80, 83, 313.

Pruritus ani 421.  
— senil. 313.  
— vulvae 314.  
Pseudoparalyse 347.  
Psoriasis 80, 173, 560.  
— linguae et oris 325.  
Psychose, nach Influenza 449.  
Püllna 373.  
Puerperalfieber 69.  
Punction des Bubo 443.  
— — Hydrops 294.  
— — Rückenmarks 101.  
Pyoctanin 259.  
Pyodermatitis bei und nach Influenza 449.  
Pyrmont 373.  
Pyrogallol 219.

## Q.

Quecksilbercarbolfpflaster 441.

## R.

Radix Ipecac. 151.  
— Rhei 136.  
— Valerian. 513.  
Rahmcentrifuge 173.  
Ratzer 373.  
Rectalernährung 486.  
Recurrenslähmung 470, 561.  
Redressement 155.  
Rehme 372.  
Reichenhall 372.  
Reinerz 373.  
Resorbin 80, 82, 423.  
Resorcin 56, 98, 219, 220, 264, 441.  
Retention eines Skeletts im Uterus 457.  
Retroflexio uteri 300.

Rhachitis 192, 278, 346, 557.  
Rheumatismus 220, 294, 378, 379, 416, 561.  
— nodosus infantum 222.  
Rhinitis 49, 107, 315, 368, 519.  
— fibrinosa 49.  
Rippoldsau 373.  
Rob. Juniperi 151.  
Römerbad 373.  
Rohitsch 372.  
Roncegno 373.  
Rollpincette, Knapp'sche 296.  
Rost, Instrumente davor zu schützen 84.  
Rostflecken, Entfernung aus der Wäsche 120.  
Ruptura uteri 523.



## S.

- Saccharin 119, 389.  
 Salactol 207.  
 Salbe, aseptische 131.  
 Salbenreiber 538.  
 — stifte 288.  
 Salicylpflaster 361.  
 — salbenstift 288.  
 — sulfonsäure 287.  
 Salicin 83.  
 Saligenin 83.  
 Salipyrin 350.  
 Salol 398.  
 Salophen 312  
 Salpingo-oophoritis 75.  
 — perimetritis 75.  
 Sandbäder 293.  
 Sapo virid. 423.  
 Sarkom des Oberschenkels 228.  
 — — Uterus 229.  
 Scabies 20, 81, 423.  
 Scarlatina 150, 416, 506.  
 Schafmilch 177.  
 Schilddrüse, roh 4, 104, 111,  
 277.  
 — Tabletten 105, 266, 276,  
 345.  
 Schilddrüsenanschwellung in der  
 Gravidität 457.  
 Schlafmittel s. Agrypnie.  
 Schlangenbad 373.  
 Schluckbeschwerden der Phthi-  
 siker 114.  
 Schlüsselhaken, Braun'scher 159,  
 563.  
 Schlundsonde, einfache, zur Er-  
 nährung 31.  
 Schwämme, Desinfection der  
 392.  
 Schwalbach 373.  
 Schwangerschaft, Geburt, Wo-  
 chenbett 32, 39, 40, 64,  
 73, 136, 156, 316, 389,  
 457, 521, 562.  
 Schwingungen, Schultze'sche  
 247.  
 Sclerose, syph. s. Ulcus durum.  
 Scopolanin. hydrobromic. 298.  
 Scorbut 2, 192, 351.  
 Scrophulosis 108, 223.  
 Seborrhoe 80.  
 Secal. cornut. 567.  
 Seebäder, Einfluss aufs Gehör-  
 organ 29.  
 Seekrankheit 371.  
 Seignette-Salz 511.  
 Sem. Papav. 100.  
 Sepsis 405.  
 Simulation 537.  
 — von Schwachsichtigkeit 30.  
 Singultus 20.  
 Sol. arsenic. Fowl. 60, 308.  
 — calcii bisulfuros. 365.  
 Solveol 223, 225, 441.  
 Somatose 170, 284.  
 Soolbäder, jod- und bromhaltige  
 112.  
 Spaa 373.  
 Spartein 37.  
 Spermatocystitis 568.  
 Spirit. chloroform. 25.  
 — saponat. calin. 220, 441.  
 Spondylitis 424.  
 Spuckgefäß, hygienisches 236.  
 Steben 373.  
 Steinkohlentheer 172.  
 Stenose des Duodenum 137.  
 — — Larynx 56, 152, 300,  
 301.  
 Sterilisation s. Desinfection und  
 Asepsis.  
 — der Milch 176.  
 Sterilisationsapparat 133, 134.

## XIV

Sterilität 372.  
St. Moritz 373.  
Stomatitis 93, 389.  
Strictura urethrae 90, 118.  
Struma 111, 129, 458, 459, 468.  
Strumektomie 64.  
Strychnin nitric. 227, 326.  
Sublimat s. Hydrarg. bichlorat.  
— injectionen, intravenöse 69, 475.  
— salbenstift 288.  
— salicylsalbenstift 288.

Subluxation im Metacarpophalangealgelenk 414.  
Sulfonal 89, 186.  
Supraorbitalneuralgie 454.  
Sulfur. depur. 203, 441.  
— praecip. 289, 423.  
Sycosis parasit. 83, 223.  
Syphilis 21, 46, 69, 81, 83, 99, 102, 165, 215, 234, 280, 320, 423, 471, 497, 526, 547.  
Syringomyelie 517.

## T.

Tabes 220, 294, 326, 529.  
Tabloids of compressed dry Thyroid Gland power 266, 276.  
Tachycardie 156.  
Tamponade des Mastdarms 366.  
Tarasp 372.  
Tartar. boraxat. 511.  
Teniotomie 129.  
Tetanus 531.  
Thermometer, neues Maximal- 211.  
Thioform 130.  
Thrombosen, bei Influenza 448.  
Thymol 441.  
Thymusfütterung 468.  
Thyreoidin. sicc. 106.  
Thyreoidismus 266.  
Tinctur. Arnic. 330.  
— aromatic. 389.  
— Asae foetid. 317.  
— Belladonn. 60.  
— benz. 314.  
— Colchic. 47.  
— Colomb. comp. 342.  
— Digital. 345, 346.

Tinctur. Jodi 19, 67, 100, 165, 219, 350, 361, 368, 421, 448, 571.  
— lithanthrac. 172.  
— Moschi 512.  
— Myrrh. 11.  
— Opii simpl. 342.  
— Ratanh. 389.  
— Strychni 374, 546.  
— Valerian. alth. 342.  
Tobelbad 373.  
Toluol 55.  
Tonsillar-Hypertrophie 569.  
Tonsillenschlitzer 569.  
Trachelorhekte 563.  
Tracheotomie 203.  
Trachom 296.  
Trepanation 13.  
Trichinosis 374.  
Trichophytie 173, 288.  
Trigeminusneuralgie 154, 455.  
Triakresol 163.  
Trional 89, 185.  
Trockenbett, für Säuglinge 331.  
Tuberkelbacillen 114, 427.  
Tuberculin 401, 430.

Tuberculose des Bauchfells 431.  
 — des Darmes 342.  
 — der Haut 430, 478.  
 — der Knochen und Gelenke 113, 479.  
 — der Lungen 3, 114, 170, 178, 223, 225, 226, 249, 401, 426, 478.  
 — der Mundhöhle 477.  
 Tüffer 373.  
 Tumenol 80, 314.  
 Tumoren der Blase 485.  
 — der Haut 129.  
 — der Knochen 228.

Tumoren des Magens 20, 484, 485.  
 — der Mammae 41.  
 — der Nase 248, 371.  
 — des Oesophagus 231.  
 — des Rachens 167.  
 — des Ovariums 229.  
 — des Uterus 41, 66, 229, 348.  
 Tussis nocturna 279.  
 Tussol 18.  
 Typhus abdomin. 20, 24, 248, 415.  
 Typhusbacillus, Diagnose des 327.

## U.

Ulcus corneae 189, 298, 299.  
 — cruris 46, 130, 224, 389, 390.  
 — cutaneum 374.  
 — durum 46, 71, 117, 166, 473, 526.  
 — molle 46, 71, 117, 130, 371, 571.  
 — ventriculi 115, 230, 388, 456, 571.  
 Unguent. Hydrarg. ciner. 16, 100, 265, 283, 284, 476.  
 — — — c. Resorbin. parat. 81.

Unguent. Hydrarg. citric. 261, 356.  
 — — rubr. 327.  
 — — nitrat. 261, 356.  
 — Zink. oxyd. 261, 264.  
 Unguis incarnatus 129, 560.  
 Untersuchung, äussere geburts-  
 hülffliche 460.  
 Urethritis 74, 90, 117, 225, 328, 397, 532.  
 Urethroskopie 117.  
 Uricedin-Stroschein 187.  
 Urticaria 54, 79, 146, 147, 533.

## V.

Vaccination 107, 190, 280, 533.  
 Vaccine-Blepharitis 190.  
 Vaginismus 373, 534.  
 Vaginitis 487.  
 Vaporisation 350.  
 Velocipedfahren 120, 377.  
 Venaesectio, bei Chlorose 545.

Ventilball 510.  
 Verbandmaterial, aseptisches für  
 die Sprechstunde 43.  
 Verpackung sterilisirter Watte,  
 für Geburtszwecke 44.  
 Verrucae 26, 534.  
 — planae juveniles 26.

## XVI

Vichy 373.

Vitia cordis 120, 178, 294,  
377, 378, 379, 534.

Vulnera 44, 46, 81, 113, 132,  
245, 389, 390, 493.

## W.

Wärmekammer 286.

Wäsche, Reinigung von 30.

Wandermilz 27.

— niere 260.

Wasser, Sterilisation von 496.

Wasserdampf, heisser, 3, 348.

Wattetampons, Herstellung steriler 392.

Wehenmittel 65.

Wendung 40.

Wildbad 373.

Wismuthloretin 46, 114.

Wittekind 372.

Wunddiphtherie 410.

## Z.

Zahnschmerz 115, 154, 329.

Zahnpulver, Explosion bei der  
Bereitung von 119.

Zahnfleischsaum, bei Lungen-  
tuberculose 426.

Zangengeburt 38, 64, 157.

Zink. oxyd. 80, 81, 223, 262,  
263, 289, 356.

Zinkichthyoisalbenmull 99.

— paste 262.

— salbenmull 99.

— schwefelpaste 263, 289.

Zungenbeingriff 155.

Zecke (Holzbock) im Ohr  
213.

Zwerchfellsphänomen 332.

# Bücherschau.

(Die mit \* bezeichneten Werke sind noch nicht besprochen worden).

Mittheilungen aus Kliniken  
und medic. Instituten  
der Schweiz.

## I. Reihe.

Heft 11. Th. v. Speyr: Die  
Gemität in ihren erblichen  
Beziehungen 33.

Heft 12. Rüttimeyer: Ueber  
Bilharziakrankheit 33.

## II. Reihe.

Heft 1. Audeoud et Ch.  
Jacot-Descombes: Les  
Altérations Anatomiques et  
les Troubles Fonctionnels du  
Myocarde 179.

Heft 2. Brunner: Beiträge  
zur Kenntniss der Eiweiss-  
körper des Blutserums 179.

Heft 3. Burckhardt: Beitrag  
zur Lehre von den Grenz-  
tumoren von Conjunctiva und  
Cornea 179.

Heft 4. Eguet: Ueber den  
Einfluss des Blutegelinfuses

auf die Thrombenbildung  
239.

Heft 6. Wróblewski: Bei-  
träge zur Kenntniss des  
Frauencaseins und seiner  
Unterschiede vom Kuhcasein  
239.

Heft 7. Wieland: Experi-  
mentelle Untersuchungen  
über die Entstehung der  
circumscripiten und diffusen  
Peritonitis 381.

Heft 8. Good: Beiträge zur  
Kenntniss der Divertikel-  
bildungen und inneren In-  
carcerationen des Darmtrac-  
tus 381.

Heft 9. Mercier: La Di-  
minution de poids du Cer-  
veau dans la Paralysie géné-  
rale 381.

Heft 10. Lindt: Ueber Pa-  
get'sche Krankheit 576.

Heft 11. de Cérenville, Ta-  
vel, Eguet et Krumbein:  
Contribution à l'Étude du  
Streptocoque et de l'Enté-  
rite streptococcique 576.



## XVIII

### Wiener Klinik:

Heft 4. Englisch: Ueber Taschen und Zellen der Harnblase 34.

Heft 5. Benedikt: Second life 181.\*

Heft 6. Higier: Ueber unilaterale Hallucinationen 182.\*

Heft 7. Eitelberg: die eitrige Mittelohrentzündung 182.\*

Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten 34.

Drasche, Bibliothek der gesamten medic. Wissenschaften 35. 180. 336. 436.

Itzerott, Bakterienkunde 36.

Brendel, Der Alkohol ein Völkergift 36.

Smith, Thérapeutique journalière 36.

Thorner, Zur Behandlung der Lungentuberculose mittels Koch'scher Injectionen 85.

Biedert, Lehrbuch der Kinderkrankheiten 85.

Haupt, Die möglichen und erlaubten Grenzen einer Prophylaxe der Tuberculose 86.

Wegele, Die atonische Magen-erweiterung und ihre Behandlung 87.

Hegar, Der Geschlechtstrieb 122.

Bum u. Schnirer, Diagnostisches Lexikon III. Band 122. IV. Band 490.

Seydel, Leitfaden der gerichtlichen Medicin 123.

Recept-Tasche, 123.

Fröhlich, Das natürliche Zweckmässigkeitsprincip in seiner Bedeutung für Krankheit und Heilung 123.\*

Tatzel, Die Psychotherapie 124.\*

Lohnstein, Medicinal-Kalender 1895 der Allgem. medic. Central-Zeitung 124.\*

Partsch, Jaenicke, Leppmann, Medicinischer Taschenkalendar, 124\* 240.

Vetter und Fetzner, Moderne Bäder 124.\*

Bubis, Sperminum Poehl 124.\*

Eulenburg, Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde 181. 382.

Saalfeld, Wann dürfen Gonorrhoeische heirathen? 182.

Lehmann's medic. Handatlanten:

Bd. 8. Helferich: Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen 182.

Bd. 7. Haab: Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie 384.

Shibata: Geburtshülflche Taschen-Phantome 183.

Heinzelmann, Gardone Riviera 183.\*

Eulenburg, Encyclopädische Jahrbücher IV. Jahrgang. 183.

Krücke, Aerztliches Vademecum 183.

Rosenberg, Die Behandlung der Gonorrhoe nach neuen Grundsätzen 291.

Silex, Ueber das Sehvermögen der Eisenbahnbeamten 291.

Eschle, Kurze Belehrung über die Ernährung und Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre 291.

Ihle, Ueber 2 neue Beinhalter 292.

Gad, Real-Lexikon der medic. Propädeutik 292.

Marti, Ueber subconjunctivale Kochsalzinjectionen und ihre therapeutische Wirkung bei destructiven Hornhautprocessen 335.

Bornträger, Compendium der gerichtsärztlichen Praxis 336.

Hirt, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten 337.

Czermak, Die augenärztlichen Operationen 337.

Schlichter, Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme 337.

Mathon, Die chirurgische Nachbehandlung 338.

Braun v. Fernwald, Ueber Uterusruptur 338.\*

Preindlsberger, Behandlung der Gelenktuberculose und ihre Endresultate aus der Klinik Albert 338\*.

Bannwarth Lehrbuch der Histologie 338.

Möbius, Neurologische Beiträge. 339.

Duckworth, Die Gicht 339.\*

Parish, Über Trugwahrnehmung 339.\*

Niemann, Kneipp und seine ärztlichen Jünger 383.

Bernard, Dr. Martin Mendelssohn's „Zwischen ärztlicher Kunst und medicin. Wissenschaft“ 383.

Schmidt, Friedheim, Lamhofer, Donat, Diagnostisch-therapeutisches Vademecum 383.

Prausnitz, Grundzüge der Hygiene 384.

Beiträge zur klin. Medicin und Chirurgie:

Heft 8. Payr, Pathologie und Therapie des Hallux valgus 436.

Heft 9. Lennander, Über Appendicitis 436.

Heft 10. Peters, Die manuelle Correctur der Deflexionslagen 436.

Strassmann, Anleitung zur aseptischen Geburtshilfe 437.

## XX

- Ziegenspeck, Anleitung zur Massagebehandlung bei Frauenleiden 438.
- Vehsemeyer, Die Behandlung der Leukämie 438.
- Kossel, Die Behandlung der Diphtherie mit Behring's Heilserum 438.\*
- Brandenburg, Die Basedow'sche Krankheit 438.\*
- Helmkampff, Führer durch Bad Elster 439.
- Winckler, Geschichte des Bades Steben 439.\*
- Goldschmidt, Die Tuberculose und Lungenschwindsucht 439.\*
- Eichhorst, Handbuch der Pathologie u. Therapie 490.
- Du Bois-Reymond, Lehrbuch der klin. Augenheilkunde 491.
- Thiersch, Der Kassenarzt 491.
- Königstein, Die Anomalieen der Refraction und Accommodation 541.
- Karlinski, Über die geschichtliche Entwicklung der internationalen Gesundheitspflege 541.\*
- Vopelius, Carcinosis 541.
- Fröhlich, Heilkunst und Heilwissenschaft 542.\*
- Moll, Der Hypnotismus 542.
- Boas, Archiv für Verdauungskrankheiten 543.
- Oldendorff, Zeitschrift für sociale Medicin 544.
- Munk und Ewald, Ernährung des gesunden und kranken Menschen 544.
- Kisch, Sterilität des Weibes 577.
- Flatau, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten 578.
- Schilling, Hydrotherapie für Aerzte 578.
- Buschan, Die Brown-Séquard'sche Methode 579.
- Löbel, Zur Behandlung der Oophoritis chronica durch Mineralbäder 579.\*
- Münz, Das primäre Scheidensarkom 579.\*
- Kühner, Meine Behandlung der Syphilis 579.\*
- Kurz, Georgius Pictorius von Villingen 579.
- Nitzelnadel, Therapeutisches Jahrbuch 580.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 1.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

**October**

**IV. Jahrgang**

**1894**

---

## **Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Dr. D. Wittkowski

(Berlin) empfiehlt warm die **Sterilisation der Hände durch Marmorstaub**, wie sie von Schleich eingeführt wurde. Die Methode macht den Gebrauch der Bürste überflüssig, welche keinesfalls, wie bisher, ein Hauptfactor bei der aseptischen Vorbereitung sein darf, da, selbst wenn sie nach jedem Gebrauch einige Minuten in kochendes Wasser gesteckt und dann in Sublimat getaucht wird, eine gründliche Desinfection derselben kaum möglich ist, zumal, wenn, wie es bei Operationen oft geschieht, eine Bürste nach einander vom Operateur und dessen Assistenten resp. Famuli benützt wird. Schleich hatte diesem Uebelstand durch Composition einer Seife abgeholfen, die beide Acte, die Desinfection und eine sehr gründliche mechanische Reinigung der Hände vereinigt und die alles Bürsten überflüssig macht. Die Seife (verfertigt vom Apotheker Kohlmeyer, Berlin S.W., Bellealliancestr. 12, dort in Zinntuben und weiten, handlichen Gläsern vorrätig. Preis pro Kilo: M. 1.50) besteht aus Sapo domestic., Marmorstaub, 4% Lysol und etwas Schleich'scher Wachspaste. Wie zahlreiche bakteriologische Versuche und klinische Erfahrungen lehren, genügt die Reinigung der Hände damit allen Anforderungen der Asepsis. Man befreie erst die Unter nagelräume mittelst Nagelreinigers von sichtbarem Schmutz, bearbeite dann gründlich während mehrerer Minuten die Hände in heissem Wasser mit der Seife und spüle endlich den Seifenbrei mit fliessendem Wasserleitungswasser ab. Auch die Haut des Patienten wird nur mit der

Seife und heissem Wasser bearbeitet und mit klarem Wasser abgespült. Diese Methode genügte bei allen Operationen, auch plastischen und Eröffnungen von Körperhöhlen, vollkommen. Geradezu vorzüglich bewährte sich die Marmorstaubeise bei der Desinfection kleinerer und grösserer Weichtheilsverletzungen, bei denen mit der Seife bis in die Tiefe der Wunde hineingefahren und diese bis in die feinsten Spältchen einer ausgiebigen mechanischen Reinigung unterworfen wurde. Bei ca. 1700 Fällen keine Spur von Infection! Die Seife eignet sich auch sehr für die geburtshülfliche Praxis und man kann ein solches Material auch den Hebeammen unbedenklich in die Hand geben, wo es gewiss reichen Segen schaffen wird.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 7.)

- Weichhardt (Altenburg) hat ein **Impfbesteck** construiert, das die Vornahme von 400 Impfungen mit stets frischen, aseptischen Messern gestattet. Das Besteck besteht aus einem vernickelten Metallkasten mit 3 Schiebladen, deren oberste zwischen sterilem Fliesspapier 200 Impf-Doppelmesser enthält (die mittlere nimmt die gebrauchten, die unterste die Lymphe, Uhrgläser u. s. w. auf). Die Reinigung der Messer ist durch Abspülen in lauem, dann in kochendem Wasser leicht zu bewerkstelligen. Die Kästen sind zu haben bei E. M. Schade in Altenburg (Preis: mit 200 Doppelmessern M. 20, mit 100 Doppelmessern M. 14.).

(Correspondenzblätter des ärztl. Vereins von Thüringen 1894 No. 6.)

**Blutungen.** Sasso lernte in zahlreichen Fällen die **hämostatische Wirkung des Ol. Terebinthin.** kennen: Die bei Haemophilen nach Zahnextractionen auftretenden B. konnten gestillt werden, wenn ein mit rectificirtem Terpentinöl getränkter Tampon in die Alveole eingelegt wurde. Zahnfleischblutungen bei Scorbut stehen, wenn alle Stunden das Oel an den lädirten Stellen eingepinselt wird. Auch bei interner Medication gute Wirkung. Bei einer allen anderen Mitteln Widerstand leistenden Blasenblutung prompter Erfolg durch Darreichung einer 0,5% Mixtur, stündl. 1 Esslöffel.

(Sem. méd. 1894 No. 35. —  
Wiener medic. Wochenschrift 1894 No. 29.)



- Eine bedeutende hämostatische und antiseptische Kraft hat nach Prof. Snegiroff (Moskau) der **heisse Wasserdampf**, der z. B. bei hartnäckigen parenchymatösen B. der Leber die besten Dienste leistet. Bei Gebärmutterblutungen benützt Autor seit mehreren Jahren den heissen Wasserdampf von 100° (nach Erweiterung des Collum wird in den Uterus eine mit einem kleinen Kessel, in dem Wasser zum Kochen gebracht wird, verbundene Canüle eingeführt, so dass die Dämpfe eine kurze Zeit auf die Uterusschleimhaut einwirken), welches Verfahren keine Schmerzen macht: die B. hören bald auf und der bis dahin fötide Ausfluss wird völlig geruchlos. Grosse Operationen, z. B. Kniegelenksresectionen, Geschwulstexstirpationen, wurden ohne jedes andere Blutstillungsverfahren nur auf diese Weise ausgeführt, wobei keine Störung sich zeigte und prima intentio erzielt wurde.

(Wiener medic. Presse 1894 No. 32.)

- Bei **schwer stillbaren Nasenblutungen** empfiehlt Kozzolino 3% **Trichloressigsäure**: das mit Watte umhüllte Ende einer Sonde wird in diese Lösung getaucht und damit alle inneren Parthieen der Nasenscheidewand (von hier gehen ja meist diese hartnäckigen B. aus) bestrichen. Die Blutung steht gewöhnlich sofort! Um Brennen zu beseitigen, kann man 20% Cocainlösung hinzusetzen.

(Wratsch 1894 No. 82. —

Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 68.)

- Dr. J. Pal (Wien) hat bei **Haemoptoë** in letzter Zeit **Chloralhydrat** angewandt. 4 Jahre hindurch hatte er es mit dem „Abbinden der Glieder“ (durch dreieckige Leinentücher werden die Oberarme unter der Achsel, die unteren Extremitäten unter- oder oberhalb des Knies abgebunden und nach  $1\frac{1}{2}$ , längstens  $\frac{3}{4}$  Stunden die Binden ganz allmählig wieder gelöst) versucht und oft davon Erfolg gesehen. Von dem diesem Verfahren zu Grunde liegenden Gedanken ausgehend (Entlastung des kleinen Kreislaufes und Zurückhaltung eines Blutquantums in den Extremitäten), kam Autor auf die Idee, die Unterleibsgefässe als Blutreservoir zu benützen, da letzteres ja einen viel grösseren Fassungsraum repräsentirt, als die Venen der Extremitäten. Er wandte also ein blutdruckherabsetzendes Mittel, das Chloralhydrat an (per

rectum in Dosen von 1,0—2,5); bei diesem medicamentösen Vorgehen musste ja die Herabsetzung des Blutdruckes für noch längere Zeit möglich sein, auch konnte der Wiederanstieg nicht so rasch erfolgen, wie beim Binden der Glieder, worin ein Hauptübelstand dieses Verfahrens liegt. Mit Chloralhydrat wurden 15 schwere Haemoptoën tuberculösen Ursprunges bei jugendlichen Individuen mit gesundem Herzen behandelt: bei mehreren sistirte die Blutung vollständig nach  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  Stunden, bei anderen stand sie für 8—12 Stunden still und erschien dann wieder, bei anderen verminderte sie sich nur, um später wieder stärker zu kommen, nie aber so heftig, wie vorher! Ein sicheres Mittel gegen Lungenblutungen ist also Chloralhydrat nicht, aber ein bedeutendes Unterstützungsmittel. Als solche müssen auch die blutdruckerniedrigenden Mittel: Morphin und Codein empfohlen werden, die sich für mittlere B. am besten eignen.

(Centralblatt f. d. gesammte Therapie 1894 No. 7.)

- **Hautblutungen im Anfangsstadium der Lebercirrhose** sah Dr. Hannot: auf der Haut des Armes und Thorax einer jungen Frau erschienen vor 2 Monaten runde, schwarze, verschieden grosse Blutflecke. Jetzt Lebercirrhose mit grosser, harter Leber und anormalen Ausdehnungen der subcutanen Bauchwandvenen. Der Fall zeigt, dass man Hautblutungen, sowie alle anderen Haemorrhagieen in jedem Stadium der Krankheit, auch noch zur Zeit der Vergrösserung der Leber, beobachten kann.

(Société des Hôpitaux de Paris, 11. Mai 1894. — Wiener klin. Wochenschrift 1894 No. 34.)

**Cachexia thyreopriva.** Prof. Dr. Angerer erzielte einen eclatanten Erfolg durch Verfüttern roher Schafschilddrüse: 40 Jahre alter Mann, aus einer Kropffamilie stammend. Am 4. Februar 1893 sehr grosser Colloidkropf, der den rechten Lappen betraf, exstirpirt. Bald nachher sehr bedeutende physische und psychische Veränderungen bei dem Patienten bemerkbar: er wurde wortkarg, war nicht mehr zur Arbeit zu gebrauchen, lag den ganzen Tag zu Bett, starr in eine Ecke blickend, war theilnahmslos gegen Alles, was um ihn her vorging, sein Gedächtniss wurde sehr schwach, einfache Rechenexempel, z. B.  $2 \times 3$ , vermochte er nicht zu lösen u. s. w. Schild-

drüse völlig atrophirt, keine Spur zu fühlen. Finger verdickt, Nagelglieder zeigen deutliche Trommelschlägelform, Nägel spröde und glanzlos. Therapie: Am 14. Februar 1894 bekommt Patient 4 gr. roher, geschabter Schafschilddrüse, auf ein Butterbrod gestrichen, zu essen. Am nächsten Morgen bereits Veränderung im Benehmen deutlich wahrnehmbar: Patient stand von selbst auf, wusch sich, erklärte selbst „er wäre heut im Kopf so hell“ und blieb den ganzen Tag ausser Bett. Am 19. Februar wieder 4 gr. Schafschilddrüse, am 26. Februar 10 gr., am 5. und 9. März je 5 gr. Der Kranke ist wie umgewandelt; er unterhält sich, rechnet ganz gut, wird sogar als Schreiber verwandt. Diese Besserung erweist sich auch als eine anhaltende; die letzte Nachricht, Anfangs Juni, bestätigt dies.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 28.)

**Chlorose.** Dr. K. Osswald (Giessen, medic. Klinik) stellte Untersuchungen über den Salzsäuregehalt des Magensaftes bei Ch. an und fasste das Resultat derselben in folgende Sätze zusammen:

1. Der Salzsäuregehalt des Magensaftes bei Ch. ist keineswegs vermindert, wie oft behauptet wird, sondern sehr häufig vermehrt, es besteht Hyperaciditas hydrochlorica in 95 % der Fälle.
2. Die dyspeptischen Störungen bei Ch. beruhen demnach nicht auf einem Salzsäuremangel oder -Verminderung, auch nicht auf motorischer Insufficienz des Magens.
3. Die kritiklose Anwendung der Salzsäure in jedem Falle ist deshalb zu verwerfen.
4. Theorien, welche die Ch. durch Salzsäureverminderung entstehen lassen oder ihr einen wesentlichen Antheil für den Fortbestand derselben zuschreiben, sind unhaltbar.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 28.)

**Conjunctivitis.** Prof. Dr. B. Wicherkiwicz (Posen) empfiehlt eine neue wirksame Behandlungsmethode der Conjunctivitis granulosa acuta, mit der es gelingt, in kurzer Zeit dem Zerstörungsprocesse des Auges ein Ziel zu setzen: Nachdem man dem Kranken beide Lider so stark ectropionirt, dass sich die geschwollenen Uebergangs-

fallen in ihrer ganzen Ausdehnung präsentiren, wird die ganze, von dem entzündlichen Process eingenommene Bindehaut mit einer 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Borsäurelösung aus des Autors Undine kräftig und etwas anhaltend abgespült (bei sehr empfindlichen und ängstlichen Individuen vorher ein oder mehrere Male 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Cocainlösung einträufeln!). Enthält der Conjunctivalsack kein Secret mehr, dann giebt man den Lidern ihre natürliche Lage zurück, bringt in den Bindehautsack vermittelt Pinsels oder Sonde Sublimatsalbe (1 : 500—1000) hinein und legt, um der serösen Durchtränkung der Conjunctiva entgegenzuwirken, einen austrocknenden Glycerin-Tannin-Verband an, d. h. man legt eine ziemlich dicke Lage Gaze, welche mit Glycerin-Tannin (Acid. tannic. 10,0, Glycerin. 100,0) getränkt ist, auf die Lider, bedeckt mit Gummipapier und Watte, und befestigt mittelst Binde. Dieser Verband, der ein sehr wichtiger Factor bei dieser Methode ist, bleibt am besten, wenn er den Kranken nicht belästigt, den ganzen Tag, event. die Nacht über liegen, sonst nur einige Stunden oder, wenn er schlecht vertragen wird, nur 1—2 Stunden (dann event. Bleiwasser-Umschläge!). Sind beide Augen erkrankt, so kann man event. den Verband abwechselnd einen Tag um den anderen appliciren. Der acute Zustand ist bei dieser Behandlung in 4—8 Wochen gänzlich beseitigt, höchstens bleiben noch einzelne grössere Granulationen zurück, die man mit Blaustift oder Galvanokauter beseitigt, in der Regel aber durch weitere Anwendung der Sublimatsalbe und etwas stärkere Massage ebenfalls entfernen kann. Die Conjunctiva behält beinahe ein normales Aussehen, da man durch das schnelle und doch nicht eingreifende Verfahren ein Tiefer eindringen des Processes verhütet, und so der tiefen Narbenbildung und den verderblichen Deformitäten der Lider vorbeugt.

(Internationale klin. Rundschau 1894 No. 33.)

**Contracturen.** Dr. Golebiewski beschreibt einen einfachen Apparat zur Behandlung von Fingercontracturen, bei denen ja oft Massage, Bäder und Elektrizität, manchmal auch Uebungen an orthopädischen Apparaten nicht rasch genug zum Ziele führen. Sehr günstig waren die Resultate, die Autor neben jener Behandlung noch durch möglichst constanten, elastischen Zug erzielte, indem

er seinen Apparat benützte. Derselbe ist eine einfache Holzschiene, die man sich, je nach der Grösse des Unterarmes und der Hand, selbst anfertigen kann. Das lange Ende dient zur Befestigung des Unterarmes; es wird genügend gepolstert und der Unterarm mit einer Binde fixirt. Das untere Ende für die Hand kann die Form einer Scheibe haben. Um nun die Finger zu extendiren, werden sie mit einem nicht zu schmalen und starken Gummiband bewickelt. Das Gummiband zieht die contrahirten Finger in der Richtung, welche für die Heilung resp. den Gebrauch nöthig ist, und es wird an einem einfachen, guten, einschraubbaren Haken befestigt. Diese Haken mit Schraubengewinde sind sehr zu empfehlen, da man sie beliebig, bald an dieser, bald an jener Stelle der Holzscheibe verwerthen kann, je nachdem der Zustand es erfordert, und weil sie festsitzen. Wie lange täglich der Apparat zu benutzen ist, hängt von dem Falle selbst ab. Jedenfalls ist der Apparat, besonders für den Landarzt, als Nothbehelf sehr nützlich.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 31.)

**Delirium hallucinatorium.** Prof. E. Mendel versteht unter diesem Leiden, welches für den praktischen Arzt sehr wichtig ist, da es sich meist von Anfang bis zu Ende unter seinen Augen abspielt und seiner Behandlung unterliegt, „jene Form von functioneller Psychose, deren Krankheitsbild in seinem Beginn und Verlauf wesentlich durch Sinnestäuschungen bestimmt wird, welche mit incohärentem Irrereden, Irrehandeln und einer erheblichen Beeinträchtigung des Selbstbewusstseins verbunden sind“. Autor entwirft als Beispiel einen Fall von D., der sich an eine acute Infectiouskrankheit anschliesst: „Ein Kranker hat eine Pneumonie überstanden, das Fieber ist verschwunden, der Puls ist normal, die physikalischen Erscheinungen an den Lungen bieten nichts Abnormes mehr. Trotzdem erscheint der Kranke nicht in dem Behagen des Reconvalescenten. Der Schlaf stellt sich nicht ein, der Appetit zeigt sich wenig rege, und aufmerksame Beobachtung sieht an dem Kranken einzelne auffallende und zunächst unerklärliche Bewegungen und Gesten. Zuweilen klagt der Kranke auch über Präcordialangst, er ist mürrisch, zurückhaltend, ja auch abstossend. Ab und zu sieht man

ihn in einer Stellung, als ob er auf etwas horchte; auffällig wird ein Blick nach der Decke, als ob er da etwas Besonderes sähe, oder ein schroffes Zurückweisen irgend einer ihm gereichten Speise oder eines Getränkes, nachdem er an demselben gerochen oder es auch gekostet hat. Nachdem dies einige Tage, zuweilen eine Woche gedauert, in manchen Fällen von den Angehörigen auch kaum beachtet, oder ihm irgend welche ernste Bedeutung beigelegt worden war, erschreckt der Kranke plötzlich seine Umgebung durch vollständig zusammenhangloses Irrereden. Er behauptet, in der Nacht eine Reise gemacht zu haben, er sei gar nicht in seiner Wohnung, er erkennt die Umstehenden, behauptet, dass er Gegenstand von Verfolgungen seitens der Polizei sei. Bald aber ändert sich das Bild wieder, er ist ungemein heiter und vergnügt, lacht und singt, producirt Grössenvorstellungen in unsinniger Weise. Zwischendurch spricht er anscheinend vernünftig, beantwortet einzelne Fragen richtig, ohne aber ein Krankheitsbewusstsein oder eine Einsicht in das Wesen der geäusserten Vorstellungen zu bekommen. Weiterhin pflegt sich mit der Steigerung der Intensität und Massenhaftigkeit der Sinnestäuschungen die motorische Unruhe zu steigern. Er springt aus dem Bett, will fort, schlägt, kratzt, umarmt dann aber bald wieder alle Umstehenden, küsst sie, preist sein grosses Glück u. s. w. Der Wechsel des Bildes zwischen angstvoller Erregtheit und übermüthiger, glücklicher Laune (dazwischen auch verhältnissmässiger Klarheit) vollzieht sich bald unmittelbar, bald im Verlaufe von Stunden oder auch Tagen. Allmählig tritt grössere Ruhe ein und in wenigen Wochen geht der Kranke in verhältnissmässig schneller Reconvalescenz zur Genesung über. Für das während der Krankheit Erlebte besteht in der Regel eine volle Erinnerung nicht, doch weiss der Kranke meist über den Beginn seiner Krankheit, wie über eine Reihe von Ereignissen aus derselben, wie über einen Theil seiner Sinnestäuschungen Auskunft zu geben. Puls und Temperatur bleiben während der Krankheit in der Regel normal. Dagegen ist Schlaf und Nahrungsaufnahme meist sehr ungenügend.“ Dies die agitierte Form. Seltener die passive, ruhige Form, bei der Patient im Bett bleibt oder angekleidet umhergeht, indem er entweder gar nicht spricht, nur ab und zu lächelt oder auch drohende und ängstliche Mienen macht, und nur auf Befragen seine Wahnvorstellungen producirt oder den voll-



ständigen Mangel an Orientirung zeigt. Der Kranke macht dann zuweilen den Eindruck eines Menschen, der sich in einem Traumzustand befindet. Bei beiden Formen vorübergehend Phasen von völligem Stupor unter dem Eindruck massenhafter, schreckhafter Hallucinationen, der sich bis zu völliger Regungslosigkeit steigern kann, wobei der Kranke gegen alle äusseren Eindrücke reactionslos bleibt, der Zustand der Muskeln bis zur kataleptischen Starre sich entwickelt, die Nahrungsaufnahme nur durch künstliche Fütterung möglich wird, Urin und Stuhlgang unwillkürlich abgehen. Was nun noch specieller die einzelnen Symptome anbelangt, zunächst die Hallucinationen, so fehlen nie solche des Gesichts- und Gehörsinnes, meist sind sie aber auch von Hallucinationen in anderen Sinnen begleitet, besonders oft von kinaesthetischen Hallucinationen (Empfindung fortwährenden Schwankens wie auf der See, Gefühl des Herauf- und Heruntergezogenwerdens im Bett, des in den Himmel Erhobenwerdens oder des Versinkens in die Erde u. s. w.). Jedenfalls sind sie meist bunt und in ihrem Inhalt wechselnd, ebenso wie die Wahnvorstellungen recht wechselnd und incoherent, ohne Spur von Systematisirung sind. Ebenso massenhaft und wechselnd ist auch der Zustand des Bewusstseins, welcher Verwirrtheit in den verschiedensten Abstufungen zeigt; völliger Mangel der Orientirung über Personen, Raum und Zeit, die Vorstellungen, grosse Reisen gemacht zu haben u. s. w. wechseln oft mit einer gewissen, vorübergehenden Klarheit und Helligkeit des Bewusstseins. Auch die Stimmung ist bald heiter, bald traurig und ängstlich, bald gleichgültig. In Betreff der Sprache fallen oft fremdartige, neugebildete Worte auf. Manchmal rasches Beginnen eines Satzes und dann plötzliches Abbrechen desselben, oder auch andauerndes Wiederholen von Sachen, oder ganz verständiger Beginn eines Satzes, der aber dann in der unverständlichsten Weise beendet wird. Körperliche Symptome: Schlechter Schlaf (nicht selten andauernde Schlaflosigkeit), normale Temperatur, regelmässiger Puls, geringer Appetit, manchmal Nahrungsverweigerung (Hallucinationen des Geschmacks und Geruches!), manchmal Heiss hunger, Obstipatio, im Urin oft Ueberschuss an Phosphaten, oft starke Schweisse, flüchtige Oedeme, Zittern in den Händen, taumelnder Gang, Anaesthesieen der Haut, Steigerung der Sehnenreflexe. Das sind aber alles unbeständige Symptome!

**Aetiologie:** Oft nach Infectiouskrankheiten, namentlich Pneumonie, Pleuritis, Dysenterie, Erysipel, acutem Gelenkrheumatismus, Typhus, Influenza, multipler Neuritis, aber auch nach leichteren, kürzeren Erkrankungen, z. B. Angina tonsillaris. Nächsthäufigste Ursache: Puerperium, auch wo eine puerperale fieberhafte Erkrankung nicht vorhanden war. Ferner ätiologisch wichtig Operationen und Verletzungen, wobei durchaus eine fieberhafte Complication des Wundverlaufes nicht nöthig ist. Besonders häufig D. nach Operationen an den Unterleibsorganen, nach Staaroperation, nach Kopfverletzungen. Auch rein psychische Einflüsse, ferner das Greisenalter allein können D. veranlassen. Ausbruch der Krankheit meist nach kurzem Vorstadium, zuweilen sehr plötzlich (besonders nach Traumen). Nicht selten periodisches Auftreten, d. h. Wiederholung nach  $1\frac{1}{2}$ —2 Jahren ohne besondere Veranlassung. Dauer der Krankheit: 14 Tage bis 6 Monate (aber schon  $1\frac{1}{2}$  Jahre beobachtet mit günstigem Ausgange). Prognose: Von allen Geisteskrankheiten bietet keine eine so günstige, als D. (70% Genesung); nur das D. der Greise verläuft in der Regel tödtlich. Sehr selten bleibt nach D. geistige Schwäche zurück, in einem Falle entwickelte sich im Anschluss an ein nach Dysenterie entstandenes D. chronische hallucinatorische Paranoia. Therapie: Bei der Kürze des Leidens wird man, sobald Wohnung und Umgebung des Kranken genügende Pflege und Beaufsichtigung möglich machen, zunächst auf Anstaltsbehandlung verzichten, und nur in ungünstigeren Fällen letztere veranlassen. Keine Schlafmittel, überhaupt nicht viel Medicamente! In einzelnen Fällen, wo bei dem starken Toben der Patienten Ruhe geschafft werden musste, wurden Sulfonal, Opium, Morphinum, Chloral vergeblich angewandt, dagegen schaffte das Duboisin (0,0005—0,001 subcutan) Ruhe. Beste Behandlung im Uebrigen: Isolirung, Bettruhe, Einpackungen in laue Tücher (Wasser von  $24^{\circ}$  R.) stundenlang, bis 1 Stunde protrahirte laue Bäder, kräftige Diät, bei welcher auch in maassvoller Weise von Wein und Bier Gebrauch zu machen ist (letzteres zuweilen das beste Hypnoticum!).

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 29.)

**Diphtherie.** Moizard empfiehlt warm die **Sublimatbehandlung**, d. h. 2 Mal täglich (in sehr schweren Fällen 3 Mal)

Bepinselung aller kranken Parthieen mit 5% Sublimatglycerin (bei Kindern unter 2 Jahren 3—2 $\frac{1}{2}$ %). Zuerst wischt man mit einem Wattetampon die Mundhöhle aus, um sie von Schleim zu befreien, dann pinselt man mit einem zweiten Wattebausch die Lösung ein und unmittelbar darauf trocknet man mit einer dritten Watte-Pincette die bepinselten Stellen ab, um die überschüssige Flüssigkeit zu entfernen. Daneben 4stündlich Ausspülung des Mundes und der Nase mit Borlösung oder einfachem gekochtem Wasser (mindestens 14 Tage nach Heilung noch fortzusetzen, um Recidive zu vermeiden!). Rascher Erfolg der Behandlung zu constatiren: am zweiten Tage werden die Belege weniger dick und stossen sich bald ab, am fünften Tage sind sie meist verschwunden (in sehr schweren Fällen am siebenten). April und Mai 112 Fälle so behandelt: 18 Todesfälle, 94 Heilungen (83,9%); Juni 61 Fälle behandelt: 11 Todesfälle, 50 Heilungen (82%). — Sevestre hat ebenfalls das Sublimatglycerin mit Erfolg angewandt.

(Société médic. des Hôpitaux de Paris, 13. Juni 1894. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1894. No. 62.)

- Auf Grundlage langjähriger Erfahrungen empfiehlt Dr. Ant. Seidler (Saybusch) folgende einfache Behandlungsmethode: er ist beinahe ganz von der localen Therapie abgekommen und schreibt der internen Anwendung der **Tinct. Myrrh.** und der externen Application von heissen Umschlägen seine Erfolge zu. Er ordinirt anfänglich, wenn stärkeres Fieber vorhanden, innerlich Natr. salicyl. in Lösung und lässt dies alle 2 Stunden geben, alternirend mit der von Ströll empfohlenen Tinct. Myrrh. (s. Excerpta, Jahrg. II. S. 338):

Rp.  
*Tinct. Myrrh.* 2,o.  
*Glycerin.* 4,o.  
*Aq. dest.* 100,o.

Aeusserlich kalte Umschläge um den Hals. So schnell als möglich geht er dann zu warmen Fomenten mit Leinsamenmehl über. Wenn möglich lässt er die kleinen Patienten einige Male täglich heisse Wasserdämpfe durch einen Papiertrichter einathmen. Bei Fiebernachlass giebt er ausschliesslich stündlich 1 Kaffee-  
 löffel der Myrrhen-Mixtur und geht in längstens 2 Tagen

zur innerlichen Darreichung von Kal. chloric. über, das er dann wieder alternirend mit Myrrha nehmen lässt. In jenen Fällen, in denen die Kinder älter oder williger sind, lässt er die Tonsillen mehrmals täglich mittelst Zerstäubers mit einer Mischung von Aq. Calc. und Aq. dest. nebst Zusatz von Acid. boric. berieseln, meist aber nur zur Beruhigung der Leute „dass auch örtlich etwas vorgenommen werde.“ In den letzten 2 Monaten 8 Fälle, Kinder von 1—4 Jahren so behandelt und trotz ausgebreiteter Erkrankung alle gerettet bei sichtlich abgekürzter Krankheitsdauer. Die Tinct. Myrrh. stellt Autor beinahe als Specificum\*) hin.

(Wiener medic. Presse 1894 No. 33.)

— Behring's Diphtherieheilmittel wird nunmehr von der Heilserum-Abtheilung der Höchster Farbwerke, welcher Herr S.-R. Dr. Libbertz vorsteht, unter Controle von Prof. Dr. Behring und Prof. Dr. Ehrlich hergestellt und von letzteren stetig geprüft. Die Höchster Farbwerke geben das Mittel in flüssigem Zustande in 2 Sorten ab.

No. 1. Fläschchen à 5 Mark (grünes Etikett) = einfache Dosis. Diese genügt für solche Fälle, bei welchen alsbald nach dem Ausbruch der ersten Krankheitssymptome die Behandlung mit Heilserum begonnen wird.

No. 2. Fläschchen à 10 Mark (weisses Etikett) = doppelte Dosis. Diese ist in allen Fällen einzuspritzen, welche über den 2. Krankheitstag hinaus sind. Sie ist auch schon im Beginn der Diphtherieerkrankung anzuwenden, wenn dieselbe von vornherein den Charakter einer aussergewöhnlich schweren Infection nach dem Urtheil des behandelnden Arztes an sich trägt.

(Prager medic. Wochenschrift 1894 No. 33.)

\*) Ich habe in letzter Zeit auch 2 Fälle mit Tinct. Myrrh. (ausserdem nur noch mit kalten Umschlägen) behandelt. Beide Fälle heilten nach ziemlich kurzem Krankheitsverlauf vollkommen aus. Freilich hatte ich das Glück, beide Patienten im ersten Stadium der Krankheit zu behandeln. Ich habe aber in ähnlicher Lage mit anderen Mitteln nicht in gleicher Weise den Process günstig beeinflussen können, sodass ich jetzt bei D. die Tinct. Myrrh. stets zuerst versuchen werde. Dr. E. Graetzer.

**Epilepsie.** Prof. Leyden stellte einen Fall von durch Trepanation geheilter Epilepsie mit Hemiplegie vor: Der 30jährige Patient wurde am 5. März d. J. in die Charité in sehr krankem Zustande, schwer besinnlich und linksseitig gelähmt, gebracht. Er gab an, vor einigen Wochen unter heftigen rechtsseitigen Kopfschmerzen erkrankt zu sein, worauf sich allmählig eine Lähmung der linken Seite entwickelt habe. Fieber war nicht vorhanden, keine Lähmung der Augenmuskeln, keine Verschiedenheit der Pupillen, dagegen Steifigkeit des Kopfes. Es wurde zuerst eine schwere Hirnerkrankung, wahrscheinlich ein Tumor, angenommen. Allein die nächsten Tage erschütterten die Diagnose. Der Kranke wurde nämlich etwas freier im Sensorium und theilte nun mit, er habe vor 2 Jahren bei vollkommener Gesundheit, indem er sich bückte, Zuckungen in der linken Gesichts- und linken Körperhälfte bekommen ohne Verlust des Bewusstseins. Der Anfall habe sich in den nächsten Tagen wiederholt und sei dann noch einige Male im Jahre aufgetreten. 14 Tage vor seiner Aufnahme in die Charité hätten sich heftige reissende Schmerzen in der rechten Seite des Kopfes eingestellt, worauf Schwäche in der linken oberen und dann in der unteren Extremität eingetreten seien. Somnolenz, kein Brechreiz. Nach weiteren 8 Tagen wurde er unter Zunahme der Lähmungserscheinungen bettlägerig. Er gab ferner an, dass er im Alter von 4 Jahren auf eine steinerne Treppe gefallen sei und sich dadurch einen Bruch des Schädels zugezogen habe, der aber ohne weitere üblen Folgen geheilt sei. Die Untersuchung des Schädels ergab an der rechten Seite des Kopfes, dicht neben der Mittellinie, auf dem Scheitel eine leichte, etwa Markstückgrosse Depression. Leyden hielt es für wahrscheinlich, dass die Epilepsie und Hemiplegie mit dieser, allerdings 24 Jahre vor dem ersten Auftreten der E. erlittenen Verletzung des Schädels in Zusammenhang stehen könnten, weil die Erkrankung evident die Form der Jackson'schen Rindenepilepsie zeigte. Bekanntlich finden sich im Gehirn neben der Centralwindung ein vorderer und ein hinterer Gyrus mit motorischen Centren, durch deren Reizung epileptische Zuckungen ausgelöst werden. Jackson fand, dass diese Zuckungen mit auffallender Regelmässigkeit in der Weise auftreten, dass die Muskelgruppen nicht auf einmal, sondern

nach einander befallen werden, und zwar in der Weise, dass, wenn der Reiz das obere motorische Centrum trifft, zuerst die untere, dann die obere Extremität, dann das Gesicht ergriffen werden, während bei Reizung des unteren Centrums das umgekehrte Verhalten stattfindet. Bei dem Patienten fand sich die Depression des Schädels an der höchsten, der Mittellinie zunächst gelegenen Stelle der Centralwindung, sodass hier wohl die epileptogene Zone anzunehmen war. Allerdings hätten nach dem hohen Sitze der Depression die epileptischen Krämpfe in umgekehrter Reihenfolge stattfinden müssen, als der Patient angab, allein vielleicht war ein durch Splitterung der Tabula vitrea gesetzter Reiz der Oberfläche des Gehirns tiefer fortgeleitet worden, oder es konnte zur Bildung einer narbigen Cyste gekommen sein. Jedenfalls schien bei dem trostlosen Zustande des Patienten ein operativer Eingriff angezeigt, die Trepanation wurde vorgeschlagen und von v. Bardeleben am 12. März in Grösse eines Markstückes ausgeführt. Es fand sich bei der Operation nichts weiter, als eine leichte Verdickung zwischen Knochen und Dura mater, im Gehirn nichts Krankhaftes, Probepunction ergebnisslos. Leyden war sehr enttäuscht, aber schon nach 4 Wochen zeigte sich die Berechtigung der Operation und Richtigkeit der Combination: das Sensorium wurde frei, die Hemiplegie begann abzunehmen, epileptische Krämpfe traten nicht mehr auf, und nach 3 Monaten konnte Patient mit nur leichtem Nachschleppen des linken Fusses gesund umhergehen. Es muss also durch die Trepanation doch ein Reiz aufgehoben sein, der die früheren schweren Symptome veranlasst hatte.

(Berliner medicin. Gesellschaft 1894 11. Juli. —  
Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 30.)

- **Reflexepilepsie nach Unfall** existirt nach Strümpell und anderen nicht, Eulenburg und Tillmanns aber sahen sie, und letzterer erklärt: „Die E. tritt relativ häufig nach Kopfverletzungen auf, z. B. als Reflexepilepsie im Anschluss an eine periphere Nervenverletzung in den weichen Schädeldecken“. Dr. Knopf (Goldberg) wurde nun am 18./6. zu dem 17 Jahre alten Barbierlehrling H. gerufen: völlige Bewusstlosigkeit, heftige Delirien, Gesicht roth, schweissgebadet, Pupillen weit, auf Licht nicht reagirend, Puls mässig beschleunigt,

Temperatur normal, Herztöne rein, Urin frei von Eiweiss. H., bisher stets gesund, hatte Tags vorher über Unwohlsein, heute nur über Kopfschmerzen geklagt. Jetzt war er nicht zum Bewusstsein zu bringen. Nach einigen Stunden Nachlass der Delirien, traumhafte Verworrenheit. Nachmittags bei völlig aufgehobenem Bewusstsein Krämpfe. Letztere in den folgenden Tagen häufig, stets gleich ablaufend: zuerst leichte Zuckungen an der Aussenseite des rechten Unterschenkels, welche vom Patienten noch verspürt werden und einige Secunden dauern (motorische Aura). Sobald die Zuckungen über den Unterschenkel hinausgehen, plötzlich Bewusstlosigkeit; das linke Bein schiebt sich unter das rechte und bleibt schlaff, sodann zuckt das ganze rechte Bein einige Secunden allein, dann gleichzeitig lebhaft klonische Zuckungen in beiden Armen, Gesichtsmuskeln hin- und hergezerrt, Augen rollend, Zunge zwischen den starren Kiefern eingeklemmt, Gesicht blauroth. Nach einigen Minuten Intensität der Zuckungen geringer, tiefe Athemzüge, Rückkehr des Bewusstseins. Sehr häufige Anfälle trotz steigender Bromkaliumdosen (bis 15 gr. pro die), so dass endlich der Kranke fast gar nicht mehr zum Bewusstsein kam. Am 30./6. Operation (Patient hatte sich erinnert, am 2./6. 92 einen leichten Unfall erlitten zu haben, indem ihm ein Hackebeil auf den Kopf geworfen wurde, wodurch eine kleine, blutende Wunde entstand, die aber spontan heilte und keinerlei Beschwerden verursachte; Ende Februar 94 erster Krampfanfall). Nach Rasiren des Kopfes auf der Höhe des rechten Scheitelbeins 2 cm lange, lineare, weissliche Narbe sichtbar; in deren Mitte ca. stecknadelkopfgrosses, rothes, druckempfindliches Knötchen, hier die sonst verschiebliche Narbe adhärent. In Narkose Umschneidung der Narbe, Excision eines länglichen, schmalen Stückes der Kopfhaut. Bei der Lösung der verwachsenen Narbe plötzlich Zuckungen im rechten Bein, die durch Compression des Gliedes unterdrückt werden. Nach Beendigung des Verbandes klares Bewusstsein, nach einigen Minuten jedoch Delirien und dann Krämpfe, die 4 Stunden anhielten. Seitdem kein Recidiv, der Kranke wieder arbeitsfähig. — Gegen Hysteroepilepsie spricht das Fehlen sonstiger Zeichen von Hysterie,



die völlige Aufhebung des Bewusstseins, der Ablauf der Anfälle, gegen Rindenepilepsie der Beginn der Zuckungen auf der Seite der Verletzungen. Es handelt sich offenbar um echte Reflexepilepsie! Dafür spricht die Empfindlichkeit der Narbe, die Zuckungen im rechten Bein im Augenblick ihrer Durchschneidung, der heftige Anfall im Anschluss an die Excision, dann das plötzliche Abschneiden derselben. — Von praktischer Bedeutung erscheint der bei so schwerem Verlauf eintretende Erfolg; er fordert auf, in ähnlichen Fällen nach Spuren früherer Verletzungen zu suchen, zumal die Operation ganz harmlos ist. Auffallend und für Unfallgutachten wichtig ist die lange Latenz (fast 2 Jahre!) bis zum Auftreten der ersten Erscheinungen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No 34).

**Herpes.** Gegen Herpes der Genitalien empfiehlt Besnier, sobald der H. trockener Art ist:

Rp.

*Emplastr. Plumb. simpl.*

*Lanolin. aa 25,0*

*Adip. 5,0*

D. S. Einreibung.

Rp.

*Lanolin.*

oder: *Ung. ciner. aa 20,0*

*Ol. Olivar. 10,0*

D. S. Einreibung.

Bei nässendem Herpes lässt er zuerst Waschungen mit sehr schwachem Carbolwasser oder Borsäurelösung vornehmen und dann verbinden mit folgendem adstringirendem Pulver:

Rp.

*Bismuth. subnitric. 1,0*

*Acid. tannic. 5,0*

*Amyl. 100,0*

M. f. pulv.

Aetzungen werden gänzlich verworfen!

(Annal. de Médéc. 23. Mai 1894. — Therap. Monatshefte 1894 No. 7.)

**Hysterie.** Regimentsarzt Dr. Robitschek (Innsbruck) beschreibt einen seltenen Fall von *Hysteria virilis*: Der 23jährige Soldat bekommt plötzlich während einer Uebung das Gefühl allgemeiner Abspannung und Kopfschmerzen, sodass er zusammenstürzt. Am 2. Tage stellen sich Fieber und ein „Blutsturz“ ein; ersteres kommt dann in unregelmässigen Zwischenräumen wieder, es tritt wiederholt

Haemoptoë auf, Patient klagt über heftige Schmerzen in der Milzgegend, die später so intensiv werden, dass bei leichtem Druck Schüttelkrämpfe ausgelöst werden. Objectiv ist zu constatiren: Ziemlich geringe, aber nachweisbare Einschränkung des Sehfeldes, namentlich am rechten Auge. Vollkommene Anaesthesie auf der linken Körperhälfte, auf der rechten eine verminderte Perception für Pinselberührungen und Nadelstiche; kalt und heiss wird auf der linken Seite gar nicht, auf der rechten unvollkommen unterschieden. Blutbefund: Zahl der rothen Blutkörperchen 5,680.000, der weissen 6400; Poikilocytose, Vermehrung der eosinophilen Zellen. Auswurf, mit Husten leicht entleert, immer blutig; er erscheint zumeist gleichmässig röthlich, flüssig, und enthält viele graue, krümelige Bestandtheile und einzelne Eiterstreifen; mikroskopisch: rothe Blutkörperchen und zahlreiche Pflasterepithelien, weisse Blutkörperchen und viele Bakterien, zumeist Diplokokken, gleichzeitig aber ganz eigenthümliche spirillenartige Gebilde, die zumeist in den grauen Krümeln vorkommen und zwar in der „fieberfreien“ Zeit in grösserer Menge auftreten; keine Tuberkelbacillen. Im Harne nie Eiweiss, wohl aber Albumosen. Sonst ergiebt die Untersuchung keine Abnormalität. Therapie: eingreifende Kaltwasserbehandlung, Elektrotherapie, gute Ernährung, Eisen und Erlenmeyer'sche Brommischung. Auffallender Erfolg! Zuerst hörte das Fieber (Febris hysterica) auf, dann schwanden die Schmerzen in der Milzgegend, das wochenlang bestehende blutige Sputum kam nach 8 Tagen nicht mehr zum Vorschein, die Anaesthesie wich allmählig, ebenso die Sehfeldeinschränkung, Patient konnte nach 3 Wochen seinen Dienst wieder verrichten. Das Eigenthümliche in diesem Falle ist der Umstand, dass, bevor das blutige Sputum verschwand, mit dem Auftreten der ersten Zeichen der Besserung die spirillenartigen Gebilde im Sputum und die Albumosen aus dem Harne zu verschwinden begannen, und mit dem Momente, wo das Empfindungsvermögen ad normam zurückkehrte, auch das Sputum wieder unblutig ward, die rothen Blutkörperchen eine schöne, geldrollenförmige Anordnung zeigten und die eosinophilen Zellen an Zahl weit geringer auftraten. Die spirillenförmigen Gebilde können aus dem Grunde nicht für einen zufäl-

ligen Befund angesehen werden, weil sie constant im blutigen Auswurf zu finden waren.

(Wiener medic. Presse 1894 No. 34.)

**Pertussis.** Dr. Rehn (Frankfurt a. M.) hat das mandelsaure Antipyrin, genannt „Tussol“ (dargestellt von den Höchster Farbwerken) in einer Anzahl von Fällen bei Kindern angewandt. Aus seinen Erfahrungen geht hervor:

1. Dass das Mittel in unzweideutig günstiger Weise den Keuchhusten-Symptomen-Complex beeinflusst, resp. die Häufigkeit der Anfälle rasch herabsetzt und deren Intensität mildert, und dass
2. seine Wirkung die des einfachen Antipyrins entschieden übertrifft.

Ungünstige Nebenwirkungen sind nicht beobachtet.

Anweisung zur Ordination:

Tussol, wasserlöslich. Corrigens: Syr. Rub. Jd. (nicht Milch!).

Mindestdosen für Kinder

bis 1 Jahr:  $2-3 \times 0,05-0,1$

1—2 Jahre:  $3 \times 0,1$

2—4 Jahre:  $3-4 \times 0,25-0,4$

Darüber:  $4 \times$  und öfter 0,5.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 60.)

**Phlegmone.** Stabsarzt Dr. Salzwedel lobt sehr den dauernden Alkoholverband, durch welches Verfahren er stets „entweder ein fast abortives Zurückgehen leichter Entzündungen oder ein Abschwellen der mässig entzündeten Theile und immer auffällig schnellen Zerfall der schwerer erkrankten Gewebe zu wohl abgerundeten, durch Fluctuation leicht nachweisbaren, dünnen Eiter enthaltenden Abscessen“ erreichte. Das Verfahren ist folgendes: die Haut der entzündeten Gewebe und ein umfassendes Grenzgebiet wird mit Aether abgerieben und entfettet, dann eine mit 60% oder besser 90% Alkohol getränkte, dicke Lage Watte aufgelegt und diese mit einem undurchlässigen Verbandstoff bedeckt, welcher durchlöchert ist, weil ein vollständiger Abschluss zu Aetzungen durch den nicht verdunstenden Alkohol führen würde. Der

Verband muss central über die erkrankte Gegend hinausreichen. Verbandwechsel erst alle 12—24 Stunden, nach der Anschwellung nur alle 2—3 Tage, nach der letzteren ist der Verband aber noch mehrere Tage fortzusetzen. Wunden, die mit unter den Verband kommen, mit Jodoformmull oder mit Alkohol getränkter, fest ausgedrückter Gaze locker tamponirt, ebenso auf oberflächliche Wunden erst trockene Gaze und darüber erst der Alkoholverband gelegt! Fieber meist schon in den ersten 24 Stunden geschwunden. Bei tiefer erkrankten Theilen findet man nach 12—36 Stunden, seltener erst nach 2—3 Tagen deutlich fluctuirende Abscesse, welche incidirt werden, ohne dass der Eiter ausgedrückt oder ausgespritzt wird. — Das Verfahren hat sich auch bewährt bei Lymphangoitis, Panaritium, Furunkel, Mastitis und Drüsenschwellungen.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1894 No. 7.)

**Pleuritis.** Caessorici und Sigaela empfehlen bei P. exsudativa die **endermatische Application von Guajakol**. Sie bepinseln die kranke Brustseite allabendlich mit:

Rp.

*Guajakol. 5,0*

*Tct. Jodi 25,0*

M. D. S. Aeusserlich!

Bedeutender Temperaturabfall, rasches Schwinden der vorhandenen Exsudate! — Auch Garofalo konnte in 2 Fällen die günstige Wirkung dieser Medication constatiren: der Verlauf der Fälle war ein apyretischer, die Exsudate gingen ziemlich rasch zurück.

(Riforma med. März 1894. —  
Wiener medic. Wochenschrift 1894 No. 29.)

**Prostatahypertrophie.** Fredrik Ramm (Christiania) hat durch **doppelseitige Castration** schon mehrere an hochgradiger Pr. leidende Patienten geheilt; die Prostata, selbst apfelsinengross, schrumpfte allmähig zu einer flachen Masse ein, und die Harnbeschwerden verschwanden. Autor zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse:

1. Die Prostata gehört zu den Geschlechtsorganen.
2. Sie erreicht ihre Entwicklung nach eingetretener Geschlechtsreife oder gleichzeitig damit.

3. Bei Missbildung in den Geschlechtsorganen behält sie ihre infantile Grösse, wie bei Castration vor dem geschlechtsreifen Alter.
4. Bei der Castration der Erwachsenen schrumpft sie ein.
5. Eine hypertrophirte Prostata schrumpft ein nach der Castration. Es tritt gleich (Tage) nach der Castration eine Verminderung des Volums ein, welche mit der Zeit zunimmt.
6. Diese Abnahme an Volumen nach doppelseitiger Castration kann für therapeutische Zwecke bei Harnbeschwerden benützt werden, welche durch die mechanischen Hindernisse beim Uriniren durch Pr. hervorgerufen sind.

(Centralblatt für Chirurgie 1894 No. 17.)

**Scabies.** Als einfaches **Unguentum contra scabiem** empfiehlt Dr. M. Lollis:

Rp.

*Creolin. 5,0*

*Vaselin. 100,0*

M. f. ung.

S. Täglich 1 Mal einzureiben.

(Sem. méd. 1894 No. 1. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1894 No. 28.)

**Singultus.** S.-R. Dr. Blaschko (Berlin) wandte bei 2 schweren Fällen **Cocain** an und erzielte eclatante Erfolge. Das erste Mal handelte es sich um einen Typhuskranken in der 3. Erkrankungswoche, bei dem anhaltender, beängstigender S. auftrat. Nach fruchtloser Anwendung von Eisstückchen zum Schlucken wurde gegeben:

Rp.

*Cocain. mur. 0,2*

*Aq. dest. 10,0*

M. D. S. Stündlich 20 Tropfen.

Nach 8 Stunden Beseitigung des S. Bei dem 2. Falle (Magenkrebs im äussersten Stadium) verschwand der heftige S. bei derselben Medication nach 12 Stunden. Autor schliesst,

1. dass heftiger, acut auftretender S. nicht immer ein Signum mali ominis ist,
2. dass, je früher die Cocainbehandlung eintritt, desto geringere Gaben zur Beseitigung erforderlich sind,

3. dass durch Cocain die Qualen des auch rettungslosen Kranken zum Verschwinden gebracht werden,
4. dass der S. ein reflectorisches Krankheitssymptom ist, in dem ersten Falle, wie sich später herausstellte, von den Nieren ausgehend, da massenhaft kleine Steinconcremente entleert wurden, im zweiten Falle durch den Reiz des Magentumors aufs Diaphragma.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 8.)

**Syphilis.** E. Senger (Crefeld) berichtet über eine **seltene Uebertragungsart der Syphilis**. Früher gesunder Mann von 35 Jahren inficirte sich vor 7 Jahren. Damals Initialsclerose, Leistendrüsenschwellung, später Plaques muqueuses im Rachen. Energische Schmiercur. 8 Wochen darauf Recidiv im Rachen, gleichzeitig Nackendrüsenschwellungen und Psoriasis palmaris specifica. Wieder energische Schmiercur und dann lange Zeit hindurch Jodkali. Seit der zweiten Schmiercur hatte sich nie wieder etwas am Körper gezeigt. Trotzdem 1 Jahr später der Vorsicht halber 3. Schmiercur, dann Heirath mit einem gesunden Mädchen. 3 gesunde Kinder, alle normal geboren, kein Abort. Vor 10 Wochen Erscheinungen an den Labien der bis dahin ganz gesunden Frau: zu beiden Seiten der grossen Labien mehrere typische Condylomata lata, erbsengrosse Drüsen in den Leisten, am Halse und Nacken mehrere linsen- und erbsengrosse, spezifische, psoriatische Flecke, an den Tonsillen beiderseits Plaques muqueuses, also zweifellos Lues im frischen, condylomatösen Stadium, höchstens 4—6 Monate alt. Woher kam die S. der Frau? extragenitale Infection, aussereheliche Infection sicher auszuschliessen. Der Ehemann hatte seit 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> Jahren einen ausserehelichen Umgang nicht gepflegt; er erinnerte sich jedoch, im August des letzten Jahres ein zuerst juckendes, kleines, herpesartiges Ulcus am Penis gehabt zu haben, das keine Schmerzen verursachte und bald verschwunden war. Von dieser Zeit an datirt das Leiden der Gattin! Autor nimmt Ansteckung der Frau von ihrem Ehemann an, bei dem jedenfalls irgendwo im Körper, vielleicht im Praeputium abgekapselt und abgeschlossen von dem Blut- und Lymphstrom, das Syphilisgift geschlummert hat, bis es durch eine unbekannte Ursache aus seiner Kapsel

befreit, eine zu einer neuen Infectiosität genügende Efflorescenz hervorgerufen hat. So kann es kommen, dass bei einem von S. scheinbar geheilten Menschen syphilitische Giftdepôts zurückbleiben, welche, wie hier, 7 Jahre latent sein und plötzlich ihre Infectiosität entfalten können. Der Fall beweist auch, dass das condylomatöse Stadium der S. sich jahrelang hinziehen kann, ohne dass der Körper im Allgemeinen krank zu sein braucht.

(Dermatolog. Zeitschrift 1894 No. 5.)

- Prof. Dr. H. Cohn (Breslau) beobachtete eine **erste syphilitische Infection bei einem 80jährigen Manne**. Damals, vor 2 Jahren, seine erste Ansteckung im Leben: Ulcus durum am Penis, dann breite Condylome daselbst und am Scrotum, später Halsbeschwerden. Ende Januar 1893 papulöser Ausschlag über den ganzen Körper und Knochenauftreibungen. Vor einigen Wochen Augenkatarrh und Stirnschmerz über dem rechten Auge. Gegenwärtig rechterseits starke Iritis; Pupille am inneren Rande mehrfach an die Linsenkapsel unlösbar festgewachsen, während sie sich nach aussen durch Atropin erweitern lässt. Auf dem Rücken und den Unterschenkeln papulöse Syphilide. Therapie:

**Rp.**

*Hydrarg. bichlorat.* 0,3

*Chinin. muriat.* 0,6

*Sacch. q. s. ut f. pill.* No. 60.

S. 3 Mal tägl. 1 Pille nach dem Essen,  
bis 6 Stück steigend.!

Ung. ciner. an die Schläfe. Ferner:

**Rp.**

*Atropin. sulf.* 0,05

*Cocain. mur.* 0,2

*Ap. dest.* 10,0

M. D. S. Täglich 6 Mal ins Auge  
zu träufeln.

Der Patient nahm in 100 Tagen 3 gr. Sublimat und wurde völlig geheilt; nur einige hintere Synechien an der Pupille blieben ungelöst.

(Ibidem.)

- Prof. Neisser (Breslau) zeigt eine **stark schmerzhaftes Schwellung des linken Hand- und Sternoclaviculargelenks** bei einer 27jährigen Frau. Vor 8 Wochen

(1 Tag vor der letzten Entbindung) Erkrankung an einem sehr schmerzhaften rheumatischen Leiden der Finger-, Hand-, Knie- und Fussgelenke; abwechselndes Befallensein, dazwischen auch starke Muskelbeschwerden (z. B. Caput obstipum), schliesslich aber nach etwa 10tägigem Bestehen dieser multiplen Affectionen localisirte sich das Leiden in den genannten, jetzt noch erkrankten Gelenken. Natr. salicyl. ohne Effect, ebenso Localbehandlung mit essigsaurer Thonerde. Neben universeller Drüsenschwellung starke Schwellung und Schmerzhaftigkeit der betreffenden Gelenke; Handgelenk ausgesprochen spindelförmig verdickt, völlig unbeweglich. — Der ganze Verlauf deutete auf eine gonorrhoeische Erkrankung (dabei kommen ja derartige Localisationen in einzelnen Gelenken nach erst multiplen und springenden Gelenk- und Muskelaffectationen vor, ausserdem war das vor 8 Wochen geborene Kind 2 Tage nach der Entbindung an Augenblennorrhoe erkrankt und in der — übrigens makroskopisch durchaus normal erscheinenden — Urethra der Frau war jetzt mikroskopisch durch Secretuntersuchung das Vorhandensein von Gonokokken constatirt), andererseits sprach manches für Lues (der Mann der Patientin 1886 in der Klinik an frischer Lues behandelt, 1893 Heirath, noch voriges Jahr an syphilitischer Augenmuskellähmung erkrankt gewesen), obwohl von Lues bei der Patientin nichts zu bemerken ist. Vom 20. Januar nun bis zum heutigen Tage energische Jodkaliumbehandlung (4—5 gr. pro die). In kurzer Zeit wesentliche Besserung: alle Maasse der Handgelenksschwellung um 1—1½ cm zurückgegangen, Schmerzen nur noch unbedeutend, Beweglichkeit stellt sich wieder ein, Sternoclaviculargelenk bei Percussion nicht mehr schmerzhaft. — Später gleichzeitig eine Inunctionscur (4 gr. pro die), unter deren Einwirkung das Abschwellen und Beweglichwerden des Gelenkes noch viel rapidere Fortschritte gemacht hat. Trotzdem so alles für „luetische Gelenkaffectation“ zu sprechen schien, glaubt Autor doch dem ganzen Verlauf und der Localisation des Leidens nach mehr an „gonorrhoeische Gelenkmetastase“. Wenn es sich um Lues handelte, müsste doch ein tertiärgummöser Process vorliegen, wobei aber die rapide Entwicklung, ferner die auf 2 Gelenke sich localisirende Erkrankung, während vorher in acutem Verlauf sehr viele



Gelenke befallen waren, endlich die grosse Schmerzhaftigkeit recht auffallend waren.

(Schlesische Gesellschaft für Vaterländische Cultur in Breslau 2/II 1894. — Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 34.)

- Cauchard hat mit **Calomel-Traumaticin** (25<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Calomel. vapor. parat.) bei gewissen Syphilis-Affectionen sehr befriedigende Erfolge erzielt. Nach Verabreichung eines warmen Bades trägt man dasselbe mittelst Pinsels auf die erkrankte Hautparthie auf (nach Verdampfung des Chloroforms bildet sich eine innig anhaftende Kruste). Dies 3 Mal wöchentlich. Alle syphilitischen Hautsymptome pflegen rasch zu verschwinden (secundäre Läsionen nach 20—30 Tagen, auf 5—6malige Einpinse-  
lung). Am wirksamsten ist die Methode bei papulösen, pustulösen und squamösen Syphiliden, recht gut auch bei allen in späteren Stadien der S. auftretenden Hautaffectionen. Sie hat den Vorzug, die allgemeine und locale Behandlung zu combiniren, sodass sie besonders bei cachectischen Personen, die Quecksilber intern nicht vertragen, sehr indicirt ist.

(Sem. méd. 1894 No. 41. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 68.)

**Typhus abdominalis.** Dr. Gissler (Pforzheim) wandte mit Erfolg **Lactophenin** an, das stets prompt Temperaturabnahme bewirkte, sodass bei der Kaltwasserbehandlung, welche dabei fortgesetzt wurde, die Zahl der kühlen Bäder sehr reducirt werden konnte. Alle Kranken befanden sich sehr wohl nach Lactophenin. Letzteres wurde meist nur zu 0,5 gegeben (nur bei sehr hohen Temperaturen und nicht sehr geschwächten Personen gleich 1,0), event. nach einer Stunde wiederholt. — Auch bei anderen fieberhaften Affectionen, z. B. **Erysipel**, bewährte sich das Mittel als Antipyreticum. — Autor lernte endlich das Mittel auch als angenehmes **Schlafmittel** kennen, auch bei Schlaflosigkeit nervöser, nicht an Narcotica gewöhnter Patienten. Sehr guter Erfolg besonders bei der Verordnung:

Rp.

*Lactophenin. 0,5*

*Codein. posphoric. 0,01*

S. Abends zu geben.

(Aerztliche Mittheilungen aus und für Baden, Mai 1894.)

- Ein englischer Militärarzt, Dr. R. H. Quill, empfiehlt die Behandlung mit **Chloroform und Carbolsäure**:

**Rp.**

*Acid. carbolic. conc. pur.* 2,5

*Spir. chloroform. (10<sup>0</sup>/<sub>10</sub>)* 8,0

*Tinct. cardam.* 12,0

*Syr. simpl.* 60,0

*Aq. chloroform. ad* 350,0

M. D. S. 2ständl. 2 Esslöffel mit gleichen Theilen Eiswasser zu nehmen.

Am 1. Tag lässt man 5 Mal täglich je 2 Esslöffel davon nehmen, am 2. Tage 7 Mal, vom 3. Tage an 10 Mal täglich, bis eine Besserung des Allgemeinbefindens und ein Abfall der Temperatur eintritt. Nun wird wieder auf 7, 5 und 3 tägliche Dosen zu 2 Esslöffel zurückgegangen und die letztere Quantität noch etwa 1 Woche nach Abfall der Temperatur fortgesetzt. Alle von Quill so behandelten Fälle wurden geheilt. Die Mixtur wurde gut vertragen, der Urin wurde etwas dunkler, aber nie schwarz. Vorzüge der Behandlungsmethode: Abkürzung der Krankheitsdauer, Herabsetzung des Fiebers, frühzeitige Reinigung der Zunge, Desodorirung der Stühle, baldiges Verschwinden des Meteorismus und der Diarrhöen, Verhütung secundärer Complicationen, seltene Recidive und event. kurze Dauer derselben, gute Assimilation der Nahrung, rasche Reconvalescenzen.

(Brit. med. Journ. 28. April 1894. — Wiener medic. Presse 1894 No. 28.)

- Einen **Beitrag zur Kenntniss der posttyphösen Eiterungen** liefert Dr. G. Sultan (Königsberg i. Pr., chirurg. Universitätsklinik): 35jähriges Dienstmädchen, das vor 6 Jahren an schwerem Unterleibstyphus 8 Wochen zu Bett gelegen hatte. Nachher Anschwellung des rechten Schlüsselbeins, die bald von selbst aufbrach und ziemlich viel Eiter entleerte. Zu gleicher Zeit in der rechten Seite am Rippenbogen Entwicklung einer angeblich kindskopfgrossen Geschwulst, die sich ebenfalls unter reichlicher Eiterentleerung öffnete. Während nun am Schlüsselbein sich im weiteren Verlauf ein neuer Abscess nicht mehr bildete, allerdings aber auch die Wunde sich nicht vollständig schloss, vielmehr die ganzen Jahre hindurch durch eine kleine restingende Fistelöffnung etwas Eiter hindurchsickern liess, bildete

sich in der erwähnten rechten Seitengegend alle paar Monate ein neuer grosser Abscess, der sich stets spontan entleerte. Seit Anfang Mai d. J. begann die Schwellung am Schlüsselbein von neuem zu wachsen. Ovale, etwa gänseeigrosse Prominenz, von der Mitte der rechten Clavicula beginnend, nach unten und aussen sich hervorwölbind; keine Röthung der Haut, keine Schmerzen bei Druck, aber Fluctuation über der Schwellung. Am oberen äusseren Rande kleine röthliche, etwas eingezogene Narbe, in deren Mitte man durch eine Fistelöffnung mit der Sonde auf die vom Periost entblösste Clavicula stösst. Ausserdem Narbe in der rechten Axillarlinie über der 12. Rippe, etwa 50 pfennigstückgross; Haut über der Rippe verschieblich, in ihr haselnussgrosse, derbe, nicht schmerzhaft Infiltration, Operation am 18. Mai 1894. Incision in die über der 12. Rippe befindliche Narbe: hier, eingebettet in schwieriges Bindegewebe, dicht unter der Haut kleiner, fast 4eckiger, ausgezackter Sequester. Entfernung desselben. Höhle allseitig abgeschlossen. Auskratzung, Naht. Incision des Abscesses an der Clavicula, Entleerung von etwa 150ccm zähflüssigen, dicken, geruchlosen Eiters. Mit eingeführtem Finger auf der Mitte der glatten, nicht verdickten Clavicula ein kleines Loch fühlbar. Freilegung desselben, Erweiterung mit der Hohlmeissel-Zange: central schmaler, 2 cm langer, allseitig ausgezackter Sequester zu sehen. Entfernung desselben, Auskratzung der Höhle, Tamponade, Naht. Beide Wunden heilten glatt. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab das Vorhandensein lebensfähiger Typhusbacillen. Diese haben sich also 6 Jahre lang im Körper lebensfähig erhalten! Dabei gelang es nicht, Dauerformen zu entdecken, d. h. sporenähnliche Gebilde fehlten, dagegen lagen die Bacillen, welche hier also selbst wohl die Dauerformen darstellen, häufig in kleinen Gruppen innerhalb der Eiterzellen, welcher Befund bisher noch nicht gemacht wurde. Sichergestellt erscheint aber, dass hier die Osteomyelitis durch den Typhusbacillus hervorgerufen worden ist. (Deutsche med. Wochenschrift 1894 No. 34.)

**Verrucae.** Dr. K. Herxheimer und Dr. K. Marx (Frankfurt a. M.) haben in der Zeit von 1889—1893 29 Fälle von *Verrucae planae juveniles* beobachtet, welche Af-

fection also nicht so selten ist, wie angenommen wird, sondern häufig vorkommt, aber verkannt wird. Und doch ist das Leiden als ein durchaus gesondertes charakterisirt durch das Alter der befallenen Individuen, den Sitz, die Farbe, Form, Gestalt, Grösse der Efflorescenzen, deren Auftreten in grösserer Anzahl und endlich durch den Erfolg einer bestimmten Therapie. Die Kranken waren sämmtlich zwischen  $1\frac{1}{2}$ —25 Jahre alt, aber letzteres Alter bildet nicht die äusserste Altersgrenze, sondern es werden auch Leute in den Dreissigern befallen. Sitz der Affection sind nur Hand- resp. Fingerrücken und Gesicht (gelegentlich bis in die Haare hinein). Farbe gelblich-braun bis braunroth, bei jüngeren Individuen mehr gelblich. Form plan, nur wenig über das Hautniveau elevirte Geschwülstchen, öfters im Centrum gedellt. Oberfläche glatt, glänzend. Grösse zwischen der eines Hirsekornes bis der einer Erbse schwankend, Gestalt kreisrund, oval oder polygonal. Die Efflorescenzen meist in grösserer Anzahl emporschiessend; manchmal mit gewöhnlichen Warzen vergesellschaftet. Nur manchmal geringes Jucken, sonst keine subjectiven Symptome. Therapeutisch Arsen wirksam im Gegensatz zu den gewöhnlichen Warzen, die durch dies Mittel nicht beeinflusst werden! Bei 2 beobachteten Fällen fanden sich die beiden Formen zusammen vor, die V. vulgares blieben bei Arsentherapie unverändert, die anderen heilten ab; bei einem Falle allerdings verschwanden auch die einfachen Warzen. Von den 29 Fällen 23 durch Arsen vollkommen geheilt, 4, deutlich gebessert, blieben aus der Behandlung fort, 2 sind noch in Behandlung.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 30.)

**Wandermilz.** Prof. Angerer (München) führte bei einer 45jährigen Patientin die **Exstirpation einer hypertrophischen W.** aus und erzielte Heilung. Die Kranke, die 12 Wochenbetten durchgemacht hat, bemerkte seit 8 Jahren im Unterleibe eine Geschwulst, die stetig, aber langsam grösser wurde. Wegen unerträglicher Schmerzen und Beschwerden jetzt Operation, welche technisch leicht ausführbar war: Schnitt in der Linea alba, Unterbindung der grossen Milzgefässe, besonders der stark dilatirten Milzvenen in kleinen Portionen mit Catgut. Heilung

verlief ungestört. Haemoglobingehalt vor der Operation 66 — 69%, nachher 85 — 96%, Körpergewicht vorher 56 Kilo, nachher 62½. Irgendwelche Störungen nicht bemerkbar.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 28.)

- Kronacher berichtet ebenfalls von der **Exstirpation einer hypertrophischen W.**, aber mit letalem Ausgang: 54jährige Frau, die seit 1½ Jahren schwere Erscheinungen darbot. Am 17. Januar Operation, die leicht ausführbar war und etwa 1 Stunde währte; fast keine Blutung, geringer Chloroformverbrauch. Milz noch einmal so gross, als eine normale. Wundverlauf völlig normal; stets normale Temperaturen, keinerlei Reaction von Seite des Peritoneums oder Darmtractus (am 5. Tage nach der Operation gingen reichlich Flatus ab), aber trotzdem am 6. Tage Tod. Gleich am Anfang nach der Operation stellten sich schwere nervöse Symptome ein: beim Erwachen aus der Narkose colossale Erregung, die in den nächsten Tagen anhielt, dazwischen von auffallender Apathie unterbrochen; vom 4. Tage an wurde die Erregung geringer, die Apathie blieb dieselbe. Mit dem Beginn der Erregung wurde der Puls schlecht, frequent, mittelvoll, unregelmässig, mit der Verringerung der Erregung besserte er sich. Ganz unerwartet am 6. Tage in der Nacht zum 7. unter Collaps Exitus. Diese nervösen Erscheinungen können durch das Chloroformiren, durch den eingelegten Jodoformgazetampon, durch die geringen, in den letzten 4 Wochen gereichten Opiummengen nicht allein bewirkt sein. Für infectiöse Peritonitis war kein einziges Symptom vorhanden, und wenn eine solche auch einmal ohne alle Symptome verlaufen kann, so muss doch bemerkt werden, dass die nervöse Erregung sofort nach der Operation auftrat und blieb; eine Peritonitis konnte sich nicht so schnell entwickelt haben! Autor glaubt an schweren nervösen Shok, möglicherweise bedingt durch Entfernung der Milz. Wohl ist ein solcher bisher nicht beobachtet worden, aber leichtere nervöse Störungen schon öfters.

(Aerztlicher Verein München, 14. März 1894.  
Münchener med. Wochenschrift 1894 No. 28.)



## Vermischtes.

— Der Einfluss der Seebäder auf das Gehörorgan ist ein bedeutender, wie die Erfahrungen des Dr. Kornel Lichtenberg (Budapest) lehren, der 230 Ohrenkranke beobachtete, deren Leiden hauptsächlich auf dieses Moment zurückzuführen waren (darunter 68 Trommelfell-Entzündungen, 42 Entzündungen des äusseren Gehörganges, 43 Furunkel im äusseren Gehörgang, 27 eitrige Trommelhöhlen-Entzündungen, 29 Recidive von letzteren, 4 katarrhalische Trommelhöhlen-Entzündungen, 17 Anschwellungen von Ceruminalpfröpfen). Auffallend, dass darunter 220 Männer und nur 10 Frauen waren! (von den 220 Männern 120 ausgezeichnete Schwimmer, die viel unter Wasser schwammen), und dass auch die anderen angaben, dass sie ihre Köpfe oft unter das Wasser steckten, wonach sie Ohrenschmerzen bekamen. Das Meerwasser schadet: 1. weil es kalt ist, 2. weil es Salze enthält, welche die Wandungen des äusseren Gehörganges und das Trommelfell reizen, 3. wirkt der Shok der in den äusseren Gehörgang gelangten Wellen auf das Trommelfell und bringt dasselbe aus seiner Gleichgewichtslage, 4. wirken die durch das Wasser mitgeführten pflanzlichen und thierischen Organismen, der Schmutz irritirend auf den äusseren Gehörgang und auf das Trommelfell. — Manchmal tritt, namentlich bei weitem äusserem Gehörgang, auch infolge mechanischer Einwirkung der Wellen, Perforation des Trommelfells ein! Manchmal bewirken die plötzliche Abkühlung des Körpers, die feuchte, kalte Seeluft Nasen- und Rachenkatarrhe, welche auf dem Wege der Tuba Eustachii auch das Ohr angreifen! Nichts destoweniger sind die Seebäder bei manchen Affectionen, z. B. rhachitischen Ohrenleiden der Kinder, nervöser Taubheit bei Hysterie,luetischen Ohrenerkrankungen, äusserst vortheilhaft: doch ist das öftere, forcirte Untertauchen des Kopfes zu unterlassen.

Autor resumirt:

1. Die Seebäder können ernstliche Ohrenleiden verursachen.
2. Diese Leiden entstehen zumeist bei Individuen, die ihre Köpfe oft unter das Wasser tauchen und dadurch den Wellen Eingang in den äusseren Gehörgang verschaffen.

3. Die Erkrankungen betreffen grösstentheils den äusseren Gehörgang und das Trommelfell.
4. Die Entzündungen der Trommelhöhle sind seltener.
5. Das Untertauchen ist zu verbieten, besonders den Ohrenkranken.
6. Das Spritzen mit Meerwasser ist irrationell.
7. Als Schutzmittel sind Wattekügelchen zu empfehlen.

(Jahrbuch des ungar. balneolog. Vereins 1894. —  
Pester medic.-chirurg. Presse 1894 No. 31.)

- Um **Citronen aufzubewahren**, die in der Krankenpflege zur Bereitung von Getränken für Fieberkranke sehr werthvoll sind und deren Saft in keiner Hinsicht durch Citronensäure oder künstliche Präparate ersetzt werden kann, empfiehlt es sich, sie mit einem Wattebäuschchen, das in reines Paraffinöl getaucht ist, gründlich abzureiben und dann in Stanniol einzuwickeln. Die Citronen halten sich dann sehr lange Zeit frisch.

(Zeitschrift für Krankenpflege 1894 No. 5.)

- Zur **Reinigung der Bettwäsche in Krankenhäusern** hat sich folgendes einfache Verfahren bewährt: Es wird dem Wasser, in welchem die Wäsche nach dem Auswaschen der in ihr befindlichen Flecke gekocht wird, ausser der Seife und der Soda noch eine entsprechende Menge Petroleum hinzugesetzt und zwar 15 gr auf 15 Liter Wasser, also ebensoviel Gramm Petroleum, als man Liter Waschwasser benützt. Dieser Zusatz ermöglicht nicht nur eine leichtere Reinigung und eine damit verbundene grössere Schonung der Wäsche, sondern diese erhält so auch eine hellere und reinere Farbe, und dabei werden die Wäschereinigungskosten durch die grössere Ersparniss an Seife nicht unbeträchtlich vermindert.

(Zeitschrift für Krankenpflege 1894 No. 5.)

- Zur **Prophylaxe gegen Simulation von Schwachsichtigkeit** (um eine erhöhte Rente herauszuschlagen) bei Unfallverletzten erinnert Dr. Cramer (Cottbus) an ein einfaches Vorbeugungsmittel, das meist ganz ausser Acht gelassen wird: „Bei jedem Fall von Augenverletzung infolge gewerblichen Unfalles muss vor Eintritt in die Behandlung die Sehschärfe beider Augen und besonders des gesunden festgestellt werden!“ Dadurch wird am besten dem simulirten Einwurf, dass durch die

Schädigung des einen, verletzten Auges auch das andere in Mitleidenschaft gezogen worden sei, begegnet. Liegt in den Acten eine genaue Angabe des ersten Arztes, der den Verletzten gesehen, vor, dass die Sehschärfe des unverletzten Auges die und die ganz bestimmte war, so wird es der objectiven Untersuchung leicht gelingen, festzustellen, dass nichts dazugekommen ist, was nach dem damaligen Befunde das Sehvermögen hätte verschlechtern können, und man wird auch vor Gericht eine ganz andere Waffe dem Simulanten gegenüber haben, als lediglich die Anführung der Resultate der objectiven Untersuchung.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1894 No. 7.)

- **2 Desodorantien** empfiehlt warm Dr. Brassert (Freiburg i. B., psychiatrische Klinik). Das eine ist Ol. Terebinth. und kommt bei Enurese zur Anwendung. Der scharfe, penetrante, durch nichts zu beseitigende Uringeruch wird durch den vom Terpentin bewirkten Veilchengeruch vollkommen verdeckt. Bei Paralytikern und anderen Kranken, die fortgesetzt mit Urin incontinent waren, schwand der unerträgliche Geruch vollkommen, nachdem sie Ol. Terebinth. rectific. 3—5 Mal täglich 10 Tropfen in Wasser oder Milch erhalten hatten. Man kann so Wochen hindurch verfahren, ohne unangenehme Erscheinungen zu beobachten. Contraindications sind nach Edlefsen: Ulcus ventriculi, Magenkatarrh, Nephritis. Das andere Mittel findet Anwendung bei üblem Hautgeruch, wie er manchen Leuten mit übelriechenden Zersetzungsproducten eigen ist. Hier hat sich das Kal. permang. sehr bewährt. Man lässt täglich ein warmes Wasservollbad mit Zusatz von 3—4 gr Kal. permang. nehmen.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 8.)

- **Eine einfache Schlundsonde zur Ernährung** construirte sich Drd. Ceslau Sedzimir (Krakau) für ein junges Mädchen, das absoluten Widerwillen gegen jede Nahrung zeigte und sehr herunterkam, wobei die Application der gewöhnlichen Schlundsonde, da Patientin hysterisch und sehr empfindlich war und nicht die geringste Selbstbeherrschung besass, misslang. Autor nähte nun aus einem sehr feinen, aber sehr dichten Seidenstoffe ein Röhrchen (Länge 1 m, Durchmesser 5 mm). Die beiden Enden liess er offen; an dem einem Ende befestigte er die Wand des



Röhrchens, ohne dasselbe zusammenzuschnüren, mittelst zweier dünner, 2 cm langer Seidenfäden ein Stückchen ein wenig comprimierter Bruns'scher Watte. Letztere sammt den Seidenfäden tauchte er in ein Conditorgemisch von Dotter, Honig und Vanille, das Röhrchen aber, damit es schlüpfrig sei, in ein gesüsstes Eiweiss. Nachdem die Lippen, der weiche Gaumen und die Zunge, damit der Eindruck eines fremden Körpers in der Mundhöhle beseitigt wurde, mit 5% Cocainlösung eingepinselt waren, wurde Patientin aufgefordert, die Augen zu schliessen und schnell das in den Mund Gesteckte zu verschlucken. Das Experiment gelang: die verschluckte Watte zog die Sonde nach sich und nun konnten mittelst einer am freien Ende angesetzten Spritze 150 gr. Eidotter in den Magen eingelassen werden. So wurde es nun alle Tage gemacht, stets mit Erfolg.

(Wiener klinische Wochenschrift 1894 No. 33.)

- Zur **Behandlung der Milchanhäufung in den Brustdrüsen der Neugeborenen** lässt Dr. Coesfeld (Barmen) seit 20 Jahren auf die geschwellenen Brustdrüsen ein auf weiches, dünnes Leder gestrichenes Emplastr. *Belladonnae* auflegen. Die Belladonna vermag nämlich auch bei äusserlicher Anwendung Drüsenabsonderungen zu beschränken, was sich auch hier zeigt, da der Erfolg wunderbar rasch eintritt: in ganz kurzer Zeit ist der Zustand der Brustdrüse wieder ein normaler. — Auch bei Anschwellung der Brüste von Wöchnerinnen, wenn diese nicht zu stillen vermögen und die Milch nicht künstlich zu entfernen ist, lässt Autor Ung. *Belladonnae* einreiben oder Emplastr. *Bellad.* auflegen. Nach Stunden schwinden die Schmerzen, die Brust schwillt allmählig ab und die Milchsecretion lässt nach. Aber selbst im weiteren Stadium, dem der Entzündung, ist die Belladonna noch indicirt, und der Abscessbildung wird womöglich vorgebeugt. Ist aber die Eiterung nicht mehr aufzuhalten, so lindert das Belladonnapflaster doch die Schmerzen und begrenzt den Eiterheerd.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 33.)

- Zum **Einfetten der Katheter** benutzt Guyon:

Rp. *Sapon. medic.* 50,0  
*Glycerin.*  
*Aq. destill.* aa 25,0  
*Hydrarg. bichlorat.* 0,02  
 M. f. ung.

(Lyon méd. 1894 No. 25. — Therap. Monatshefte 1894 No. 25.)

# Bücherschau.

**Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz.** Annales suisses des Sciences médicales. Basel und Leipzig 1894, Verlag von Carl Sallmann.

I. Reihe. 11. Heft: **Die Gemität in ihren erblichen Beziehungen.** Von Dr. Th. v. Speyr. 20 S. Preis: Mk. 2.—.

12. Heft: **Ueber Bilharziakrankheit.** Von Dr. L. Rütimeyer, Privatdocent für innere Medicin in Basel. 87 S. Preis: M. 2.40.

von Speyr hat sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, in das hochinteressante, aber noch zum grössten Theil in geheimnissvolles Dunkel gehüllte Gebiet der Vererbung etwas mehr Licht hineinzubringen, speciell die Beziehungen der mehrfachen Geburt zur Vererbung zu beleuchten. Schon Goehlert hat zu dieser Frage einen wichtigen Beitrag geliefert in seiner Abhandlung „Die Zwillinge, ein Beitrag zur Physiologie des Menschen“, der er freilich nur die Angaben fürstlicher Stammregister zu Grunde legte. Mit diesem Werke beschäftigt sich nun v. Speyr zunächst in eingehender Weise und giebt uns über die Einzelheiten näheren Aufschluss. Sodann aber — und das ist der Hauptinhalt seiner Arbeit, — bringt er eine Anzahl von neuen Fällen vor, welche die bürgerliche Bevölkerung betreffen. Die Beobachtungen von Goehlert finden sich hier bestätigt, und manch Neues hat der Autor bei seinen Nachforschungen zu eruiern Gelegenheit gehabt. In einem Falle liess sich Zwillingsentbindung durch 4 Generationen als vererbt nachweisen. Zum grossen Theil ist ebenfalls durch Heredität das Vorkommen von Drillingen und Vierlingen in den gleichen Familien, wo Zwillinge vererbt auftreten, zu erklären. Auch in einer Anzahl von Doppelmissgeburten war das erbliche Moment nachweisbar. Die übrigen interessanten Einzelheiten lese man im Original nach, das durch 11 Diagramme in Lithographie eine werthvolle Beigabe erhalten hat.

Auch die Arbeit Rütimeyer's wird nicht verfehlen, das Interesse der Fachgenossen in hohem Grade zu erwecken, wiewohl sie sich nicht mit einem Thema beschäftigt, welches uns alle Tage aufstösst. Aber welcher moderne Arzt wird nicht auch allen jenen Krankheiten seine volle Aufmerksamkeit zuwenden, welche bisher nur in fremden Ländern beobachtet worden sind? Die Bilharziakrankheit ist eine in Aegypten grassirende parasitäre Volkskrankheit,

welche auf Infection mit *Distoma haematobium* beruht. Verfasser hatte nun Gelegenheit, einen ungemein charakteristischen Fall in Alexandrien nicht nur in vivo zu sehen, sondern auch auf dem Secirtische zu studiren. Nicht nur dieser Fall wird uns in seinen Einzelheiten vorgeführt, sondern im Anschlusse an denselben das Thema im Allgemeinen nach allen Richtungen hin einer kurzen Besprechung gewürdigt. Das kleine, aber inhaltreiche und fesselnd geschriebene Buch enthält noch 4 Abbildungen im Text und 4 vorzüglich ausgeführte Tafeln im Lichtdruck. Es sei hiermit warm zum Studium empfohlen!

**Wiener Klinik.** Redigirt von Dr. Anton Bum. Preis des einzelnen Heftes: Mk. —.75, von 12 Heften: Mk. 8.—. Wien 1894. Verlag von Urban & Schwarzenberg.

4. Heft (April 1894): **Ueber Taschen und Zellen der Harnblase.** Von Prof. Dr. J. Englisch.

Der über reiche Erfahrungen verfügende Autor bringt hier eine präcis gehaltene, aber alles Wissenswerthe vorführende Monographie, welche um so werthvoller für die Praktiker ist, als das Thema in den ihnen zu Gebot stehenden Lehrbüchern ganz übergangen oder nur gestreift wird. Und doch ist der Gegenstand von nicht zu unterschätzender praktischer Bedeutung, und der die Diagnose der Taschen und Zellen der Harnblase enthaltende Abschnitt des Werkchens wird dem Praktiker über manchen Punkt Aufklärung geben, der die Bedeutung des Themas für die tägliche Praxis aufs deutlichste offenbart. Darum verfehlen wir nicht, die Herren Collegen auf das vorliegende Heft aufmerksam zu machen.

**Diagnostik der Geisteskrankheiten.** Von Dr. Robert Sommer, Privatdocent in Würzburg. Wien und Leipzig 1894. Verlag von Urban & Schwarzenberg. 302 S.

Das vorliegende Buch kann dem praktischen Arzt, für den es speciell vom Autor selbst bestimmt worden ist, aufs Wärmste empfohlen werden. Es ist kein trockenes Lehrbuch, ebensowenig ein Compendium, sondern ein Uebungsbuch fürs Diagnosticiren im besten Sinne des Wortes. Der Verfasser führt selbstbeobachtete Fälle vor — das grosse Material der psychiatrischen Klinik in Würzburg lieferte sie ihm, — und diese Fälle analysirt und kritisirt er eingehend, entwickelt an der Hand derselben allgemeine diagnostische Gedankengänge und fügt psychopathologische Auseinandersetzungen ein. Wer die erste Abhandlung „Die progressive Paralyse“ zu lesen beginnt, wird das Buch nicht rasch bei Seite legen, sondern, soweit es die Zeit gestattet, emsig weiterlesen. Uns hat das Stu-

dium des Buches einen wahren Genuss bereitet, und wir sind überzeugt, dass es jedem Leser so gehen wird. Man lernt aus dem Werke ungemein viel, selbst der erfahrene Arzt wird dies bestätigen müssen. Von klinischen Zuständen sind bearbeitet: die progressive Paralyse, Tumor cerebri, senile Hirnatrophie, Mikrokephalie, Porenkephalie, Cretinismus, Geistesstörung bei Alkohol-, Morphin-, Cocain- und Autointoxicationen, Lyssa, Myxoedem, ferner die Infektionsdelirien (bei Typhus, Erysipel, Gelenkrheumatismus), genuine Epilepsie, die hysterischen und hypnotischen Zustände, Melancholie, Manie, hallucinatorische Verwirrtheit, hallucinatorischer Wahnsinn, Katatonie, angeborener Schwachsinn, primärer Schwachsinn, periodisches Irresein, originäre Paranoia, Paranoia tarda, Hypochondrie, Zwangsvorstellungen. Alle diese Zustände sind in gleich vollendeter Weise diagnostisch und differential-diagnostisch, wie oben auseinandergesetzt worden ist, bearbeitet.

**Bibliothek der gesamten medicinischen Wissenschaften.** Herausgegeben von Prof. Dr. A. Drasche. Wien und Leipzig 1894. Verlag von Max Merlin. Preis der Lieferung (à 3 Druckbogen): M. 1.

Von diesem ausgezeichneten, von uns bereits vielfach besprochenen lexikalischen Riesenwerk liegen uns heut die Lieferungen 34—41 vor, welche Hefte aus allen bisher begonnenen Abtheilungen enthalten. In diesen Heften ist wieder eine grosse Reihe werthvoller Arbeiten bedeutender Autoren vereinigt. So finden wir in Heft 4/5 der Abtheilung „Geburtshilfe und Gynäkologie“: Klein „Carcinom der weiblichen Sexualorgane“, Dührssen „Cervixkatarrh“ und „Cervixstenose“, „Curettement“, „Eklampsia“, v. Braun-Fernwald „Kolpeuryse“, „Diätetik der Schwangerschaft und des Wochenbettes“, „Dilatation des Uterus“, Klein lieferte noch den vorzüglichen Artikel „Endometritis“, Birnbaum „Dammrisse und Darmnaht“, „Entbindung“, Frommel „Embryotomie“, G. Braun „Dammschutz“. Auch die Abtheilung „Pharmakologie und Toxikologie“ (Hefte 14—16), welche den Stoff vom Artikel „Mineralwässer“ bis „Seife“ fortführen, bringen zahlreiche Arbeiten bewährter Kräfte, wie Harnak, Heinz, Oefele, Brestowski, Weiss, Tappeiner u. s. w. Die Abtheilung „Interne Medicin und Kinderkrankheiten“ ist schon bis zum zweiten Bande gediehen, von dem die 3 ersten Hefte erschienen sind. Von den hier zum Abdruck gelangten Aufsätzen wollen wir nur hervorheben: Weiss „Helminthiasis“, Kovacs „Herzklappenfehler“, v. Frisch „Herzneurosen“, Sperling „Homöopathie“, Kohlschütter „Hydrops“, Naumann „Hydrotherapie“.

**Bakterienkunde.** Von Dr. G. Itzerott. Leipzig 1894. Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner). 128 S. Preis: geb. M. 3.25.

Die Bakterienkunde ist bereits zu einem so wichtigen Factor der medicinischen Praxis geworden, dass eine genaue Kenntniss des Faches unbedingtes Erforderniss für den modernen praktischen Arzt ist. Diese genaue Kenntniss wird ihm selbstverständlich der Itzerott'sche Leitfaden nicht zuführen; wer aber das Büchlein zu dem Zwecke benützt, für den es geschaffen ist, d. h. als Repetitorium und Nachschlagebuch, als Hilfsbuch bei bakteriologischen Arbeiten u. s. w., der wird sicherlich alles darin finden, dessen er bedarf und die Brauchbarkeit des kleinen Werkes dankbar anerkennen. Die Vorzüge der Abel'schen Compendien, Uebersichtlichkeit der Anordnung, Präcision im Ausdruck, strenges Absondern des praktisch Wichtigen vom Nebensächlichen, sie sind auch in diesem Leitfaden wiederzufinden. Eine Anzahl gut ausgeführter Abbildungen wird zudem wohl dazu beitragen, dem Arzte bei seinen eigenen Untersuchungen einen Anhalt zu gewähren.

**Der Alkohol ein Völkergift.** Von Dr. C. Brendel. München 1894. Verlag von J. F. Lehmann. 16 S. Preis: M. —.40.

Der Autor kämpft in diesem Vortrag, den er am 9. März 1894 in der Anthropolog. Gesellschaft in München hielt, wie schon der Titel besagt, gegen den Alkoholismus und führt in fesselnder Weise aus, wie mit vollem Recht der Alkohol als Völkergift bezeichnet werden kann. Wir empfehlen das Heftchen gern allen denjenigen, welche sich für den Gegenstand interessiren.

**Thérapeutique journalière.** Par C. J. Smith, médecin praticien à Moscou. Paris 1893. Baillière et fils. 204 S.

Ein gutes therapeutisches Taschen- und Nachschlagebuch für interne und Kinderkrankheiten. Die Affectionen sind alphabetisch geordnet, und bei den therapeutischen Angaben wurde nicht allein auf den medicamentösen Theil — derselbe wird durch zahlreiche Receptformeln illustriert — Rücksicht genommen, sondern auch Prophylaxe, Hygiene, Diätetik stets in angemessener Weise hervorgehoben. Autor giebt stets die am Krankenbett selbst gewonnenen Erfahrungen wieder, sodass der Praktiker eine Fülle von wissenswerthen und praktischen Winken erhält.

---

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Grätzer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 2.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge  
aus der gesammten Fachlitteratur  
zum Gebrauch für den praktischen Arzt.  
*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*  
Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

*November*

*IV. Jahrgang*

*1894*

**Anaesthetie, Narkose.** Langlois und Maurange wandten Spartein bei der Chloroformnarkose an als ein Mittel, welches die Herzthätigkeit regulirt und die Erregbarkeit des Vagus herabsetzt. 15 Minuten vor der Chloroformirung Injection von Spartein (0,03—0,04) mit Morphinum (0,01). Versuche bei 120 Narkosen (oft bei kranken Herzen und langen Operationen) fielen sehr günstig aus, die Narkose verlief ohne Zwischenfall und das Herz arbeitete voll und regelmässig.

(Société de Biologie in Paris, 7. Juli 1894. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 33.)

- Für die Aethernarkose in der Frauenpraxis bricht Prof. Dr. H. Fritsch eine Lanze: Die Athmung ist durchaus nicht stürmischer, wenn die Narkose eine völlige ist; also wird man bei der Trendelenburgschen Hochlagerung nicht durch die Därme belästigt. Hauptvorthail aber ist, dass die Aethernarkose die schädigende Wirkung der Eröffnung und des Blossliegens der Bauchhöhle und hochgradiger Anaemie gleichsam aufhebt, weshalb man Operationen bei geschwächten Personen wagen kann. Autor entfernte bei fast verbluteten Frauen Polypen und machte Blutstillungen; nach der Narkose war der Puls eher kräftiger, als vorher. Bei acuter Anaemie kann man bei Aether die Grenzen viel weiter stecken, als bei Chloroform, was z. B. bei geplatzter Tubarschwangerschaft sehr wichtig ist, indem bei Aether gewiss manches Leben gerettet werden kann, was sonst ver-

loren wäre. Man sollte principiell auch bei geburts-hülflichen Fällen, dann wenn das Kind in Gefahr ist, nur Aether anwenden, also bei schweren Wendungen, allen Zangen und namentlich beim Kaiserschnitt.

(Centralblatt für Gynäkologie 1894 No. 35.)

- Prof. Dr. Poppert (Giessen, chirurg. Klinik) berichtet von einem **Fall von Aethertod infolge von Lungenödem**, betreffend einen 46jährigen, sonst ganz gesunden Landarbeiter, der wegen eines irreponiblen Leistenbruches unter Aethernarkose operirt wurde. Nur 130 ccm. Aether wurden verbraucht; die Betäubung war keine sehr tiefe, der Radialpuls blieb kräftig und langsam, die Athmung tief und regelmässig, gegen Schluss der Narkose trat geringes Schleimrasseln auf, das aber keineswegs auffällig war. Nach dem Erwachen Euphorie, keine verdächtige Erscheinung. Aber nach einer Stunde plötzlich rasch zunehmende Athemnoth, lautes Schleimrasseln, viel Husten mit schaumigem, schleimigem Sputum. Da der Puls kräftig blieb und sonst nichts vorlag, wurde der Zustand als vorübergehender, leichter angesehen. Aber bald verschlimmerte er sich: trotz reichlicher Campherinjectionen Abnahme der Herzkraft, Zunahme der Cyanose, massenhaft röthlicher, kleinblasiger Schleim. Etwa 2 Stunden nach der Operation Tod. Die Section ergab ein enormes Lungenödem. Letzteres bezeichnet Autor als unmittelbare Todesursache. Das Lungenödem aber muss dem Aether in die Schuhe geschoben werden. In der Litteratur finden sich nicht selten Fälle, wo nach Aethernarkose unter den Zeichen von Lungenödem Exitus letalis erfolgte, nur ist diesem Umstand bisher zu wenig Beachtung geschenkt worden. Auch auf experimentellem Wege gelingt es, durch Aether Lungenödem zu erzeugen. Durch Lungenödem, Bronchopneumonien und Collapse sind schon vielfach Todesfälle nach der Narkose und infolge derselben erfolgt, aber die Narkosen-Statistik hat diese verspäteten Todesfälle nach Aether bisher gar nicht berücksichtigt. Gurlt thut das in seiner letzten Statistik auch nicht und er kommt so zu dem Ergebniss, dass das Chloroform 5 Mal so gefährlich ist, als

Aether. Zieht man aber die Spättodesfälle nach Aether mit in die Betrachtung ein, so erhält man folgende Zahlen:

Aethernarkosen: 11669 mit 2 Todesfällen während und 8 Todesfällen nach der Narkose = 1:1167.

Chloroformnarkosen: 33083 mit 16 Todesfällen während und 1 Todesfall nach der Narkose = 1:2647.

Also: Die Narkose mit Aether schliesst noch einmal so viele Gefahren in sich, wie die Chloroformnarkose! Autor stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Der während oder nach der Aethernarkose eintretende Tod an Lungenödem ist bedingt durch eine toxische Wirkung des Aethers und ist als echter Narkosentod aufzufassen; ebenso ist die überwiegende Mehrzahl der nachträglichen Erkrankungen an Bronchitis und Bronchopneumonie auf Rechnung des Aethers zu setzen.
2. Beim Aether ist der Tod während der Narkose seltener, wie beim Chloroform; umgekehrt treten nachträglich, oft noch lange Zeit nach beendigter Narkose beim Aether üble Zufälle mit und ohne tödtlichen Ausgang ungleich häufiger ein, wie beim Chloroform.
3. Bei einer Narkosen-Statistik müssen auch die Spättodesfälle mit in Rechnung gezogen werden und überhaupt alle, gegenwärtig noch räthselhaften Fälle, bei welchen der Tod im Anschluss an die Narkose unter auffälligen Erscheinungen, die sich durch die bestehende Grundkrankheit nicht erklären lassen, erfolgt.
4. Die bisher vorliegende Statistik hat die angebliche Ueberlegenheit des Aethers gegenüber dem Chloroform nicht bewiesen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 37.)

— Dr. Emil Senger (Crefeld) macht aufmerksam auf die **Gefahr der Hirnblutung bei der Narkose alter Leute infolge Berstung eines arteriosklerotischen Hirngefässes**. Beim Excitationsstadium, wo der Patient mit rothem Gesicht, vollem, kräftigem Pulse, angeschwollenen Halsvenen daliegt oder in seiner Erregung eine kolossale Kraft entfaltet, da ist die Herzleistung enorm erhöht. Bei der Chloroformnarkose ist nur im Beginn die Pulsstärke so gehoben, dann sinkt sie jedoch, bei der Aethernar-



kose aber hebt sich constant die Pulsstärke um den dreifachen (ja sogar fünffachen!) Werth und bleibt auf dieser Höhe während der ganzen Dauer der Narkose. Rechnet man noch dazu das Erbrechen während und nach der Narkose, den mitunter sehr heftigen Hustenreiz und Husten, wobei es zu einer starken Gehirnhyperaemie kommen muss, so werden wir nicht daran zweifeln, dass ein durch Arteriosklerose an Elasticität und Widerstandsfähigkeit geschwächtes Arteriensystem des Gehirns in steter Gefahr der Ruptur sich befindet, und dass Gehirnhaemorrhagieen während der Narkose nicht zu den Seltenheiten gehören, obwohl man bisher von dieser Gefahr der Narkose noch nicht viel gehört hat. Wie mancher Todesfall aber wird hierhin gehören, der bisher anderen Factoren in die Schuhe geschoben worden ist! Autor extirpirte einer 56jährigen, sonst gesunden, nur mit beginnender Arteriosklerose behafteten Frau ein Sarcom der Brusthaut unter Narkose. Kein schweres Excitationsstadium, aber mehrmaliges Erbrechen. Plötzlich Gesicht leichenblass und kalt, Auge starr und glanzlos, Pupillen weit und reactionslos, Puls nicht fühlbar, Athmung zuerst aussetzend, dann oberflächlich und schnappend, dann für einige Zeit ganz weg. Künstliche Athmung, heisse Umschläge auf die Brust u. s. w. brachten Puls und Athmung bald wieder in Gang, die Patientin wurde weiter chloroformirt und operirt, dann anscheinend schlafend ins Bett gebracht. Nach dem Erwachen Klagen über Steifigkeit des rechten Beins und der rechten Hand, Erschwerung der Sprache. Rechtes Bein ganz gelähmt, der rechte Arm in geringerem Grade. Also die Frau hatte während der Narkose eine typische Apoplexia cerebri durchgemacht! Nach einiger Zeit heftige klonische Krämpfe im gelähmten Bein, geringere im Arm. Erst ganz allmählig besserte sich der Zustand, jetzt nach 2 Jahren noch Nachschleifen des Beines beim Gehen bemerkbar. Wäre Patientin in Narkose gestorben, so hätte Autor sicher Tod an Herzlähmung angenommen! Also schon beim Chloroform Gefahr der Hirnblutung vorhanden, noch viel mehr aber beim Aether, wo die Pulsstärke ja so constant und hoch ist. Man muss also bei alten Leuten sich stets dieser Gefahr bewusst sein, und jedenfalls bei der Nothwendigkeit

einer Narkose bei alten Leuten mit ausgesprochener Arteriosklerose darf man unter keinen Umständen dem Aether vor dem Chloroform den Vorzug geben.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 37.)

- Zahnarzt P. Ritter (Berlin) hat bei Zahnoperationen **Chloroform und Bromaethyl abwechselnd** bei einigen Patienten angewandt, um zu constatiren, was in Bezug auf Nachwirkungen vorzuziehen sei. Es zeigte sich allenthalben, dass Bromaethyl entschieden darin den Vorzug hat. Während bei Chloroform noch einige Tage Schwäche, Ohnmachten u. s. w. sich geltend machten, konnten nach Bromaethyl die Patienten sofort ihrem Beruf wieder nachgehen und blieben munter. Die Menge der Dosis Bromaethyl darf aber nie 15—20 gr übersteigen! Bei Mehrverbrauch tritt ein überaus starkes, sonst meist ganz fehlendes Excitationsstadium ein, durch welches der Kranke ersichtlich geschwächt wird; es folgt dann kein Erschlaffungsstadium, sodass dann an die Ausführung der Operation nachher nicht zu denken ist; ausnahmsweise gelingt es ja, bei genügender Assistenz zum Halten der Hände und Füße, in diesem Excitationsstadium zu operiren, und geben die Patienten dann ausnahmslos an, nichts gespürt zu haben. Ritter benützt übrigens zur Bromaethylnarkose dieselbe Maske (nach Esmarch), wie beim Chloroformiren, mit gutem Erfolg, und hält besondere Bromaethylmasken für überflüssig.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1894 No. 78).

- Dr. v. Watraszewski (Warschau, St. Lazarushospital) hat die **Hypnose als Schmerzlinderungs- und Schlafmittel bei schwer Leidenden** (meist alten kachektischen Frauen mit Carcinoma uteri und Carcinoma mammae im äussersten Stadium) schätzen gelernt. Die Schmerzen, die oft äusserst heftig waren und die von dem Carcinom afficirten Gegenden weit überragten, wurden stets wegsuggerirt. Die Patientinnen waren sehr leicht zu hypnotisiren. Autor liess sie fest und unaufhaltsam daran denken, dass sie alsbald einschlafen würden, und schilderte ihnen gleichzeitig das Bild des über sie kommenden Schlafes: „denken Sie jetzt daran, dass Sie einschlafen werden“ — mit diesen Worten legte er die Hand auf ihre Stirn und fuhr nach einer Weile fort: „Nicht wahr, Sie fühlen

schon, dass die Augenlider schwer werden, dass der Schlaf über Sie kommt. Sie fühlen sich immer müder, die Gedanken verwirren sich, Sie spüren eine Mattigkeit in allen Gliedern und eine Leere im Kopfe, Sie werden sogleich einschlafen. Nun schon! Schlafen Sie!“ In 50% der Fälle dies genügend! Die Kranken schlafen ein und erwachen erst, wenn sie nicht gestört werden, spontan nach einiger Zeit. Oft aber Verfahren unzureichend, besonders bei den ersten Hypnosen. Hier noch die „Mesmerischen Striche“ nothwendig, d. h. während obiger Worte wurden die geschlossenen Augen sanft mit den Fingerspitzen bestreichelt, dann versicherte man dem Kranken, dass er jetzt einschlafen und nach dem Erwachen sich wohl fühlen und frei von Schmerzen sein müsste. In 2—10 Minuten war Schlaf eingetreten, der stunden- resp. nächtelang anhielt, worauf die Kranken sich gekräftigt fühlten und die Schmerzen entweder vollständig fort oder bedeutend geringer waren. Nie Misserfolg! Mit der Zahl der Hypnosen wird diese immer leichter, nach einigen Sitzungen genügte oft der blosser Befehl einzuschlafen und die Versicherung, dass dann die Schmerzen nachlassen werden. Autor hypnotisirte in der Regel bei der Abendvisite und suggerirte Schmerzbeseitigung für den ganzen nächsten Tag. Aber auch am Tage im wachen Zustande gelang oft eine locale Suggestion. Nach kürzerem oder längerem „Mesmeriren“ der betreffenden Gegend, leichtem Bestreichen derselben mit den Fingerspitzen, nebst Versichern, dass die Schmerzen vergehen werden, äusserten die Patientinnen vergnügt, dass dies wirklich der Fall sei. Am günstigsten ist die Beeinflussung bei den Extremitäten. Autor erklärte, dass unter den Strichen die Extremität steif werden wird, gleichzeitig aber auch der Schmerz nachlässt und, nachdem die Extremität in vollständig kataleptischen Zustand (die Katalepsie dient nur dazu, die Aufmerksamkeit von dem Hauptgedanken, dem Schmerz abzulenken) gelangt, der Schmerz auch ganz beseitigt sein wird. Das tritt auch alles ein: die Extremität wurde nach kurzer Zeit kataleptisch und dabei verschwanden die Schmerzen. Die Kranken blieben noch  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde so liegen, dann wurde erklärt, dass die Steifigkeit jetzt beseitigt werden würde, einige entsprechende Manipulationen, — die Extremität war wieder

beweglich und schmerzfrei. Diese Euphorie manchmal permanent bleibend, meist aber nur einige Zeit andauernd. Mit der Zahl der Sitzungen steigt aber der Effekt und der Kranke erhält immer mehr Linderung.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1894 No. 73.)

- Vigneron empfiehlt warm das **Antipyrin als schmerzstillendes Mittel für die Blase** für jede Cystitis, deren örtliche Behandlung Schmerzen hervorruft. Er lernte die Wirkung bei 3 Fällen von Cystitis (im Gefolge von Prostatahypertrophie, Stein und Stricture, resp. Tuberculose) kennen. Verträgt die Blase nur geringe Ausdehnung, so spritzt man 10—15 gr. einer 4% Antipyrinlösung ein und lasse diese etwa 10 Minuten in der Blase verweilen, worauf man die weitere Therapie (Injection von Argent. nitric., Sublimat u. s. w.) vornimmt. Ist die Blase besser ausdehnungsfähig, so wäscht man sie zuvor aus und dann spritzt man 60—100 gr einer 1—2% Antipyrinlösung in die Blase, woselbst man sie belässt.

(Annales des malad. des org. génito-urin. 1894 No. 5. —  
Monatshfte für prakt. Dermatologie 1894 Bd. XIX.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Dr. Mende (Gottesberg) bedient sich eines sehr einfachen, aber äusserst praktischen und billigen Verfahrens, um wirklich **aseptisches Verbandmaterial in der Sprechstunde** zu haben. Er hat sich von einem Klempner eiserne Blechbüchsen aus Schwarzblech verfertigen lassen, deren jede für den täglichen Bedarf an Verbandstoffen eingerichtet ist (Höhe 18 cm., Durchmesser der kreisrunden Grundfläche 12 cm., Deckel mehrere cm. übergreifend und leicht abnehmbar). In diese Büchsen kommt der etwa für jeden Tag reichende Verbandmull, der vorher in Rechtecke von 20×25 cm. Grösse geschnitten ist, wobei jedes dieser Stücke einzeln eingelegt wird. Dann Verschluss der Büchsen mit dem Deckel und Sterilisierung durch trockene Hitze; d. h. man benützt die obere Röhre jedes gut functionirenden Küchenofens dazu, in welcher die Büchsen auf einem Rost für mehrere Stunden der Temperatur ausgesetzt werden, wie sie zum täglichen Kochen in der Küche erforderlich ist. Nach einiger Zeit nimmt man die Büchsen heraus und öffnet sie vorsichtig: zeigt der Mull eine gelbliche bis leicht

bräunliche Farbe, so ist die Sterilisation — wie zahlreiche Experimente ergaben — eine exacte, wenn nicht, so lässt man die Büchsen noch etwas stehen (braun darf der Mull nicht werden, sonst zerreisst er rasch und ist nichtsoresorptionskräftig mehr). Dieser sterilisirte Mull, in mehreren Schichten über die Wunde gelegt, genügt meist vollkommen, um einen aseptischen Verlauf zu erzielen. Die Watte, die ja so von der Wunde durch eine mehrfache Schicht Mull getrennt ist und jene nirgends berührt, bedarf der Sterilisation nicht. Die Büchsen werden an einem Tage für die ganze Woche fertig gestellt. Beim Beginn der Sprechstunde setzt man die Tagesbüchse auf ein gläsernes Verbandtischchen, und legt einige vorher ausgekochte Pincetten in 1% Lysollösung. Bei einem Verband wird mit der linken Hand der leicht abhebbare Dekel gelüftet und mit der sterilen Pincette je nach Bedarf 1 oder mehrere Streifen herausgenommen, die dann, ohne dass sie von einem Finger berührt sind, auf die Wunde applicirt werden. — Vorthelle dieses Verfahrens: die Verfärbung des Mulls ist ein sicheres Zeichen für die erfolgte Sterilisation. Apparate nicht erforderlich! Durch die Abtheilung in Tagesportionen Infektionsgefahr vermindert, da die Lüftung des Deckels nicht so oft erfolgt. Die vorherige Zerkleinerung des Mulls in Streifen, die für ganz ansehnliche Wunden, aber auch für kleinere passend sind, ermöglicht, die Streifen einzeln herauszuziehen, das Anfassen mit den Händen behufs Zerkleinerung fällt fort (beim Lüften nehme man den Deckel ganz langsam ab und halte ihn dann in geringer Entfernung senkrecht über der Mündung der Büchse; so wird gegen das Eindringen von Keimen durch die Luft am ehesten Schutz gewährt). Endlich sind die Büchsen leicht transportabel, so dass sie nach auswärts mitgenommen werden können, und viel billiger, als die Dührssenschen.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 8.)

- Eine neue Verpackung sterilisirter Bruns'scher Watte für Geburtzwecke liess Docent Dr. Felsenreich (Wien) ausführen (durch Firma Streitenfels & Jacob, Wien VIII, Schlösselgasse 17). Es sind eckige Pappschachteln, in denen  $\frac{1}{4}$  kg. Watte zweckmässig liegt und möglichst steril aufbewahrt werden kann. Der Preis ist noch

billiger, als der in der Arzntaxe für Watte angegebene, dabei hat man hier den grossen Vorzug, während der Geburt und bei der Nachbehandlung stets steriles Material benützen zu können, während bei den früheren Verpackungen stets nach dem ersten Gebrauch die Verpackung zu eng geworden war, da nun die Watte nicht mehr so gut sich comprimiren liess.

(Allgem. Wiener medic. Ztg. 1894 No. 30).

- Die **Asepsis der Katheter in der Hauspraxis**, d. h. für chronisch Blasenranke, die sich selbst öfters katheterisiren müssen, ist bisher nur sehr unvollkommen gewesen. Dr. G. J. Müller hat jetzt einen Behälter für biegsame Katheter jeder Art construiert (angefertigt von Schulze, Berlin, Johannisstrasse 14/15), der allen Anforderungen genügt. Er besteht aus einem 43 cm langen Schlauch aus Patentgummi, dessen eines Ende zugeschmolzen ist, während das andere über einen flachen Hartgummicylinder gezogen ist, so dass ein wasserdichter Abschluss mittelst eines aufschraubbaren Deckels möglich ist. In der Mitte des letzteren sitzt ein konischer Zapfen; über diesen wird das offene Ende des Katheters gezogen, damit derselbe bequem herausbefördert werden kann. Das desinficirte Etui wird mit Lysol- (1%) oder Carbol-lösung ( $\frac{1}{4}$  %) gefüllt, der desinficirte Katheter eingeführt und der Deckel mässig, nicht zu fest zugeschraubt. Trotz des Flüssigkeitsgehaltes kann der Schlauch bequem zusammengerollt in der Tasche getragen werden. Will der Kranke seinen Katheter benützen, so hängt derselbe den Schlauch nur auf dem Metallhaken, der angebracht ist, an einem Knopfloch der Weste oder an der oberen Westentasche auf und öffnet den Verschluss. Ein flaches Krystallglasfläschchen mit Glycerin in der Westentasche vervollständigt die Ausstattung. — Zur Desinfection der Katheter empfiehlt Autor Einlegen in  $\frac{10}{100}$  Sublimatlösung auf  $\frac{1}{2}$  Stunde, dann mindestens 2 stündiges Auswässern in sterilem Wasser, Borsäure oder  $\frac{1}{4}$  % Carbol-lösung; ersteres kann in einer gewöhnlichen, mittelgrossen, „feuchten Kammer“ geschehen, das Auswässern in einem Weissbierrglase.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 38).

- Van Ketel fand, dass in **Sublimat aufbewahrte Nähseide** im Stande ist, der Sublimatlösung (0,1 %) das Sub-

limat soweit zu entziehen, dass es in der Flüssigkeit nicht mehr nachzuweisen ist und Aussaaten von *Penicillium glaucum* in der mit Nährstoffen versetzten Flüssigkeit sich kräftig entwickeln. Er rath daher, die Seide in absolutem Alkohol aufzubewahren und dieselbe erst unmittelbar vor dem Gebrauch mit einer 0,1% Sublimat- und 1% Kochsalzlösung zutränken.

(Pharm. Weekblad 1894 Nr. 7. — Pharmac. Zeitung 1894 No. 63).

- Dr. F. Blum und Dr. A. Bärwald (Frankfurt a. M.) haben das **Wismuthloretin** als Antisepticum angewandt, das den Vorzug zeigte, dass es weniger oft aufgestreut zu werden brauchte, als die meisten anderen Trockenantiseptica. Es wurden frische Wunden, auch oberflächliche Quetschwunden, damit behandelt, hauptsächlich aber Geschwüre. Das Wismuthloretin vereinigt ja in sich nicht nur die Jodwirkung des Loretins, sondern auch die adstringirende Wirkung der Wismuthpräparate und die Eigenschaften des Alkalis. Nicht geeignet erscheint es für Behandlung tiefgreifender Geschwürsflächen, da bei seiner stark austrocknenden Wirkung leicht Eiterretention in der Tiefe eintreten kann. Befriedigend waren aber die Resultate bei der Behandlung grösserer, oberflächlicher Geschwüre, bei *Ulcera curis*, *Ulcus molle*, *Ulcus durum*, **incidirten Bubonen**, bei **nässendem Ekzem**. Bemerkenswerth war die günstige Wirkung bei **luetischen Geschwüren**, wobei jedenfalls neben der antiseptischen auch die Jodwirkung in Betracht kam. Auch 10% Wismuthloretinsalbe kam manchmal zur Anwendung.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 36.)

**Arthritis urica.** Zur Bekämpfung des acuten Gichtanfalls empfiehlt Lecorché neben der Tinct. Colchic. zum internen Gebrauch eine locale Behandlung, zu welcher letzterer aber nicht Chloroform-, Campher- und Ammoniaklinimente zu verwenden sind, welche nur die Haut reizen und den Schmerz grösser machen. Besser fette Linimente mit Opium, Hyoscyamus, Belladonna; empfehlenswerth:

Rp.

*Morph. hydrochloric.*  
*Cocain. hydrochloric. aa 0,2*  
*Ol. amygdal. dulc. 20,0*

M. D. S. zum Einpinseln der kranken Stelle,  
die dann mit Watte und Guttapercha bedeckt wird

Intern Tinct. Colchic. täglich 60 Tropfen in 3 Dosen, nach 3 Tagen nur noch 2  $\times$  täglich 20 Tropfen. Meist Anfall am 3.—5. Tage bereits coupirt. Salicyl (Natr. salicyl. oder Lithion salicyl.) in Dosen von 6 gr. pro die auch wirksam, aber nicht so rasch und sicher, wie Colchicum. Bei heftigen gastrischen Störungen salinische Abführmittel, bei nervöser Reizbarkeit Chloral und Bromkali. Bei sehr heftigen Schmerzen muss man zu Morphinum greifen! Während des Anfalls keine Massage! Diese erst bei zurückbleibender Schwellung, sanft und vorsichtig ausgeführt!

(Méd. mod. 1894 Nr. 55. — Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte 1894 No. 16.)

**Arznei-Exantheme.** A. Morton (Glasgow) berichtet von einem Fall von **Sandelholzöl-Exanthem**: 25jähriger Mann erhält wegen Gonorrhö Ol. Santal. (3—4  $\times$  täglich 20 Tropfen in Kapseln). Nach 3 wöchentlichem Gebrauch plötzlich am Stamm (besonders Rücken) dunkelrothe, erythematöse, kleinerbsengrosse, sehr wenig erhabene Flecke mit glatter Oberfläche. Hier und da grössere erythematöse Stelle infolge Confluenz. Keine subjectiven Symptome. Nach Aussetzen des Medicamentes verschwand der Ausschlag in wenigen Tagen spurlos.

(The British Journal of Dermatolog. 1894 Heft 6.  
Monatshefte für prakt. Dermatologie 1894 Bd. XIX No. 6.)

— Dr. H. Strauss (Giessen, medic. Klinik) beobachtete 2 Fälle von **Lactophenin-Exanthem**: 1) 14jähriger Junge am 5. Tage einer Pneumonie, hatte Tags zuvor, Mittags, 1 gr. Lactophenin erhalten und am nächsten Tage, Morgens 9 Uhr wieder 1 gr bei einer Temperatur von 39,7°. Nach 2 Stunden letztere um 1,6° gesunken, vollkommen normales Verhalten im Übrigen bis Abends 8 Uhr. Da plötzlich hochrosaroths Exanthem am ganzen Körper: theils runde oder längliche Flecken, theils diffuse flächenartige Rothfärbung der Haut infolge Confluenz. Rand bei den kleineren, 10 pfennigstückgrossen Flecken convex, bei den grösseren, handtellergrossen im Zickzack gehend. Das Abdomen stellte eine hochrothe Fläche dar mit scharfem Rand und wellenförmig verlaufender Begrenzungslinie. Rücken wie getigert. Auf beiden Wangen diffuse Röthe. Pupillen etwas weit. In den nächsten 4 Stunden lebhaft Veränderungen des Exanthems: 1 Stunde nach Auf-



treten des Exanthems Abdomen schon weiss, abgesehen von 2 etwa 10pfennigstückgrossen rothen Flecken oberhalb des linken Schambeinastes; im Gesicht einzelne neue Flecke, diffuse Röthe der Wangen, die frühere Grenze nach allen Seiten um 1 cm weitergerückt, an den Beinen die früheren Flecke verschwunden, aber neue erschienen. In den nächsten 2 Stunden noch Vergrösserung der Wangenröthe, an den Extremitäten abermals Ortswechsel der Flecke, die nicht erhaben waren, nicht juckten. 4 Stunden nach dem ersten Auftreten alle Flecke und Röthen verschwunden, Pupillen enger. 2) 17jährige Typhuskranke in der Mitte der Continua. Tags zuvor und am selben Tage Mittags 1 Uhr je 1 gr. Lactophenin, Herabgehen der Temperatur um 2° resp. 2,9°. Gegen 3 Uhr auf beiden Wangen und in der Schläfengegend, auf beiden Handrücken und Fussrücken eine Reihe braunrother, fast kupferfarbener, nicht erhabener, rundlicher oder länglicher Flecken, die wie bei Fall 1 auf Fingerdruck erblasen und ziemlich symmetrisch angeordnet waren. Nach 3 Stunden alles weg, Haut vollkommen zur Norm zurückgekehrt.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 9.)

- Dr. Koch beobachtete ein interessantes Chinin-Exanthem: ein an Arthritis gonorrhoea leidender Patient erhält, nachdem Salicyl, Ol. Santali und Kal. jodat. erfolglos angewandt waren, Chinin, 1,2 pro die. 10 Tage lang dabei vollkommenes Wohlbefinden, dann plötzlich unter hohem Fieber (39,5°), Kopfschmerz und Ohrensausen, auf der Haut des ganzen Körpers pfennig- bis 5 Markstückgrosse Efflorescenzen, die am nächsten Tage zu grossen diffusen erythematösen Plaques confluirten. Allgemeinerscheinungen und Plaques verschwanden nach 3—4 Tagen. Auf eine 8 Tage später vorgenommene intramusculäre Chininjection (0,2) reagirte der Kranke am selben Abend mit leichtem diffusem Erythem und leichter Temperatursteigerung. Warum das Chinin so spät hier Reaction hervorrief, nicht klar; vielleicht Cumulationswirkung, vielleicht unbekannte Einflüsse im Organismus maassgebend? Die später experimenti causa gemachte Injection wirkte rascher, vielleicht weil noch im Körper Chininreste vorhanden waren.

(Schlesische Gesellschaft f. Vaterländische Cultur in Breslau. — Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 38.)

- Fournier berichtet über ein **Antipyrin-Exanthem**, das einer Psoriasis palmaris syphilitica täuschend ähnlich sah. Der an Lues leidende Patient bekam die Affection an der Palma manus 4 Mal nach Antipyrin. Später entwickelte sich in der Mitte der papulo-squamösen Plaques ein kleines Bläschen, und dies schützte vor Verwechselung, da solches bei der Psoriasis syphilitica nie vorkommt.

(Gesellschaft für Dermat. u. Syph. in Paris. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1894 No. 78.)

**Diphtherie.** Dr. R. Abel (Greifswald, hygienisches Institut) berichtet von einem interessanten Falle von **Rhinitis fibrinosa diphtheritica** nach Ablauf einer **Rachendiphtherie**. Am 6. October 1893 erkrankte ein 12jähriges Mädchen an letzterer, am 13. October Genesung. Am 22. October Klagen über Schnupfen und erschwertes Athmen durch die Nase. In beiden Nasenhälften fibrinöses Exsudat, das aber die Nasenwände nicht vollständig ausfüllte. In den Membranen virulente Diphtheriebacillen. Dieselben fanden sich noch 65 Tage nach Ablauf der Rachendiphtherie in der Nase vor! Bisher wurden höchstens 3—5 Wochen nach Ablauf der D. noch virulente Bacillen im Rachen- und Nasensecret constatirt! Dass die Bacillen sich hier so ungewöhnlich länger erhielten, ist wohl dem Umstande zuzuschreiben, dass sie auf der Nasenschleimhaut, wo sie eine membranöse Exsudation erzeugten, einen besonders guten Nährboden fanden. Die Diphtheriebacillen conserviren sich erfahrungsgemäss länger, als sonst, wenn sich die diphtheritische Erkrankung auf die Nase fortgesetzt hat. Hier handelte es sich ja mehr um Rhinitis fibrinosa auf diphtheritischer Basis, nicht um eigentliche Nasendiphtherie, welch letztere ein Weiterschreiten der Rachenaffection auf die Nase bedeutet und mit Fieber, schweren Allgemeinsymptomen, foetidem Nasenfluss u. s. w. einhergeht, während Rhinitis fibrinosa ein acuter Krankheitsprocess ist, der meist nur die Nasengänge, nicht den Rachen betrifft und ohne Fieber und Verschlechterung des Allgemeinbefindens verläuft; sie ist eine leichte Erkrankung, namentlich wenn die Membranen keinen völligen Verschluss der Nasengänge bewirken. Solche Patienten suchen oft gar nicht den Arzt auf, die D. verbreiten sie aber weiter! Denn meist finden sich in der Nase

Diphtheriebacillen vor! Man sollte daher wenigstens Diphtheriereconvalescenten aus dem Krankenhause oder der Isolirung nicht eher entlassen, bis wiederholte bakteriologische Prüfungen ergeben haben, dass der Rachen und die Nase frei von Diphtheriebacillen sind! Autor beobachtete auch einen Fall von Rhinitis fibrinosa diphtheritica, bei der nur eine Nasenhälfte afficirt war, aber auch in der anderen gesunden Hälfte Bacillen gefunden wurden! Die Infection war zweifellos bei dem Kinde von der Mutter aus erfolgt, die vorher an einer Rachendiphtherie erkrankt war.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 35.)

- Dr. Kutscher (Giessen, hygien. Institut) hat bei 9 an D. gestorbenen Kindern 8 Mal **Diphtherie - Bacillen in den Lungen** gefunden (1 Mal auch in der Niere, 1 Mal in der Leber). Also bei D. ist die Lunge den häufigsten secundären Infectionen ausgesetzt, und es ist erklärlich, wieso so oft alle ärztlichen Maassnahmen bei der D. misslingen.

(Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskrankh. Bd. XVIII Heft I.)

- Die **Prognose der Diphtherie** bespricht Prof. Dr. Sigel (Stuttgart) auf Grund von Erfahrungen, die er bei 300 Fällen gemacht hat. Nach ihm ist für die Prognose sehr wichtig der Verlauf des örtlichen Processes. Sie ist

- günstig, — 1. wenn die Auflagerungen langsam entstehen, sich entwickeln und ausbreiten; günstig ist es immer, wenn dieselben aus einer folliculären Angina hervorgehen;
2. wenn die Farbe derselben weiss oder grauweiss bleibt;
3. wenn sie sich ohne Verletzung der Schleimhaut abziehen lassen;
4. wenn die Uvula frei bleibt;
5. wenn sich die Auflagerungen eine nach der anderen oder gruppenweise rasch oder langsam abstossen;
6. wenn bei Nasendiphtherie der Ausfluss aus der Nase dünn, wässerig ist;
7. wenn Drüsenentzündung einseitig bleibt und langsam entsteht, und wenn — auch in schweren Fällen — die Drüsenanschwellung zurückgeht.

- ungünstig, — 1. bei rascher, oft in wenigen Stunden sich vollziehender Entwicklung und Ausbreitung der Auflagerungen;
2. wenn sie eine zuerst mehr gelbliche Farbe zeigen, dann eine reisartige, fetzige, schmierige Oberfläche und gangränöses Aussehen;
  3. wenn sie sich nicht ohne Verletzung der Schleimhaut abziehen lassen;
  4. wenn die Uvula befallen wird;
  5. wenn nach der Abstossung sofort eine oder mehrere neue Auflagerungen sich bilden, welche wiederum die gangränöse Beschaffenheit annehmen;
  6. bei dickem, eitrigem, stinkendem Ausfluss aus der Nase;
  7. bei doppelseitiger, rascher, oft plötzlicher Drüsenanschwellung, welche auch ebenso rapid zunimmt;
  8. bei Foetor ex ore;
  9. bei Eintritt von Heiserkeit und Larynxstenose.

(Medic. Corresp. des Württemberg. Landesvereins 1894 No. 18.)

- O. Heubner (Berlin, Klinik für Kinderkrankheiten in der Charité) giebt „**praktische Winke zur Behandlung der Diphtherie mit Heilserum**“. Was ist zunächst „Antitoxin?“ Es ist ein Stoff, den man allerdings noch nicht chemisch definiren kann, der aber im Blutserum von Thieren enthalten ist, welche in einer bestimmten Weise gegen das von den Löffler'schen Bacillen producirt Gift widerstandskräftig gemacht worden sind. Dieses Antitoxin — es ist unschädlich und ruft beim Menschen keinerlei locale oder allgemeine Störung hervor, — ist in den betreffenden Blutserumarten in bestimmten Mengenverhältnissen enthalten, welche messbar und daher dosirbar sind. Das Maass, an dem gemessen wird, ist im Besitze von Behring und Ehrlich und von diesen dargestellt. Es besteht in einer bestimmten Menge Toxins, d. h. also von Diphtheriebacillen erzeugten Giftes, welches in einer bestimmten Menge Nährbouillon gelöst ist. Diese Lösung hat die Concentration, dass 0,4 ccm genügen, um 1 Kilo Meerschweinchen bei subcutaner Injection sicher zu tödten (also z. B. ein Meerschweinchen von 250 gr. Gewicht wird durch 0,1, eines von 500 gr. durch 0,2 getödtet.) Eine solche Lösung heisst „Normalgiftlösung.“ Das „Antitoxin“ des von einem vorbereiteten Thiere ge-

wonnenen Serums wird nun daraufhin geprüft, wieviel von dem Serum nöthig ist, um 1 ccm der Normalgiftlösung, wenn es der letzteren im Reagensglase zugesetzt wird, gerade ungiftig zu machen. Ein Blutserum, von welchen 0,1 ccm. genügt, um jenen 1 ccm. Giftlösung ungiftig zu machen, ist „Normalantitoxinlösung“, von welcher jeder Cubikcentimeter eine „Normalantitoxineinheit“ repräsentirt. Jede Normalantitoxineinheit ist also im Stande, 10 ccm. Normalgift zu „neutralisiren“. Wird aber z. B. ein Serum von einem Thier gewonnen, von welchem 0,01 ccm. dieselbe Neutralisation bewirken würde, so würde der Cubikcentimeter solchen Serums 10 Antitoxineinheiten enthalten, und solch ein Serum ist ein „10faches Normalserum“. So wird das von jedem einzelnen Thiere gewonnene Serum geprüft und die Zahl seiner Antitoxineinheiten in 1 ccm. bestimmt. Das kräftigste Serum, welches bis jetzt in den Handel gebracht worden ist (Nr. III, zu beziehen von den Höchster Farbwerken), ist ein 140faches Normalserum, von dem also 1 ccm. 1400 ccm. Normalgiftlösung neutralisirt. Solches Serum ist vorläufig nur spärlich vorhanden, geht also oft aus. Jederzeit vorrätig ist aber Nr. I des Heilserums (Preis pro Fläschchen: 5 M.), dessen Werth 600 Einheiten beträgt. In dem Fläschchen sind nicht immer 10 ccm., sondern oft 9, manchmal auch 11, also nicht immer die gleiche Gewichtsmenge (das liegt an der Zubereitung!), aber die Prüfung hat immer auf die gleiche Menge Antitoxineinheiten stattgefunden, und es ist daher stets der ganze Inhalt auf einmal einzuspritzen („einfache Heildosis“, bei leichteren Fällen). Nr. III (Preis Mk. 15) hat 1600 Antitoxineinheiten Werth und wird auch auf einmal eingespritzt, und zwar bei bereits vorgeschrittenen oder von vornherein schweren Fällen (wenn Nr. III nicht geliefert werden kann, muss man 2 Dosen Nr. I im Verlaufe eines Tages und am nächsten Tage dieselbe Dosis noch 1—2 Mal injiciren!) Viel geringere Mengen braucht man zu prophylaktischen Injectionen, wobei nur etwa der 10. Theil des Inhaltes von Fläschchen Nr. I verbraucht werden soll (d. h. also der Immunisirungswerth des Heilserums ist mindestens 10 Mal so gross, als sein Heilwerth). Je frühzeitiger eingespritzt wird, desto sicherer der

Erfolg! Man spritze lieber in diagnostisch noch nicht sicheren Fällen ein, als dass man einen Fall zu spät der Therapie unterwirft! Auch ist ja nebenbei das Mittel bei früher Anwendung nicht so theuer (5 M.), als später, wo mehr Dosen nothwendig werden. Um den Werth des Mittels kennen zu lernen, muss man eine stricte Prognose zu stellen suchen. Autor pflegt am 1. oder 2. Tage der Krankheit die Prognose zu bezeichnen als:

gut, — wenn die Ausbreitung und Dicke der Ausschwitzung mässig ist, zunächst nur eine Stelle der Gaumenschleimhaut ergriffen ist, die Drüsenschwellung gering ist, die Allgemeinerkrankung sich nur durch Fieber ohne Schwächesymptome seitens des Herzens und Nervensystems zu erkennen giebt, und wenn das Kind über 4 Jahre alt ist;

zweifelhaft, — wenn an mehreren Stellen Ausschwitzung vorhanden, oder die Affection in der Nase ihren Anfang genommen hat und nach abwärts gegangen ist, die Drüsen geschwollen und schmerzhaft sind, ausser Fieber kleiner und frequenter Puls vorhanden ist, das Gesicht bleich und der Gesichtsausdruck ängstlich ist, Appetitlosigkeit vorhanden ist, und in jedem Falle, wenn das Kind 2—4 Jahre alt ist,

schlecht, — wenn die Membranen schon über Gaumenbogen und Uvula ausgebreitet sind, Drüsenpaquete am Unterkieferwinkel fühlbar sind, Appetitlosigkeit vorhanden ist, Hinfälligkeit, grosse Blässe, Kräfteverfall sich zu erkennen giebt oder das Gesicht gar blaugraue Färbung angenommen hat, neben hohem oder geringem Fieber hohe Pulsfrequenz und schwache Herztöne sich zeigen, Blutungen in der Haut erkennbar sind, die Stimme belegt oder heiser ist oder gar schon Kehlkopfverengung wahrnehmbar, endlich in jedem Falle einer Erkrankung im Säuglingsalter.

Die Technik der Einspritzung ist einfach. Brauchbar jede aseptische, 10—12 ccm. fassende Spritze. Autor benützt mit Vorliebe die Koch'sche Ballonspritze und verfährt so: „Der Glascylinder der Spritze sowie die Metallcanüle wird vor dem Gebrauche am besten durch Auskochen in 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Sodalösung desinficirt. Zum Einstich unter die Haut wählt man die Gegenden unter den Clavikeln

oder lieber noch unter den Rippen, die Weichengegenden oder die Innenfläche der Oberschenkel. Die Haut wird mit Seife gewaschen und mit Aether gereinigt, der Arzt sterilisirt seine Hände. Vor dem Einziehen des Heilserums (direct aus dem Fläschchen, oder vorher in ein völlig reines, kleines Glas gegossen) in die Spritze wird letztere und die Canüle nochmals mit Aether und Alkohol gereinigt, dann durch langsames Ausdehnen des comprimierten Gummiballons das Serum in die Spritze gesogen, die Canüle aufgesteckt und ein wenig Serum zur Füllung der letzteren vorgedrückt, dann der Hahn am Ballon zunächst geschlossen. Dann hebt die linke Hand die betreffende Hautfalte in die Höhe, und die rechte stösst die Canüle ungefähr 2—3 cm. in das Unterhautzellgewebe ein, ohne aber die gegenüberliegende Haut anzustechen. Jetzt wird der Hahn vor dem Gummiballon geöffnet und durch langsame Compression des Ballons die Flüssigkeit in das Unterhautzellgewebe eingetrieben. Nach Vollendung der kleinen Operation wird auf die Stichwunde ein reines Pflaster (amerikan. Gummielasticum-Pflaster) gelegt. Ich rathe, nicht zu massiren. Die Aufsaugung des Serums geht rasch vor sich und die Schmerzhaftigkeit der Injectionsstelle ist nach meiner Erfahrung geringer und von kürzerer Dauer, wenn jede Massage unterlassen wird. Die einzige Belästigung, die bei den kleinen Patienten häufig nach einer Reihe von Tagen auftritt, ist eine rasch wieder schwindende Urticaria, die aber wahrscheinlich nicht auf das Antitoxin, sondern auf andere Eigenschaften des thierischen Blutserums zurückzuführen ist.“

(8. internat. Congress für Hygiene und Demographie.  
— Deutsche medic. Wochenschrift 1894 Nr. 36.)

- Dr. Aronsohn (Charlottenburg) hat durch Immunisirung von Pferden ein ausserordentlich wirksames **Heilserum** gewonnen. Durch Durchleiten von Sauerstoff durch Diphtherieculturen erhält man schon nach acht Tagen ein Gift, von dem 0,05 ccm. im Stande sind, Meer-schweinchen von 300—400 gr. Gewicht in 48 Stunden zu tödten. Die mit diesem Diphtheriegift immunisirten Pferde liefern ein Blutserum, das 3 Mal wirksamer ist, als das Behring'sche. Mit demselben wurden 274 Fälle sicher diagnosticirter D. behandelt mit 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Mortalität (in früheren Jahren 41—32<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Meist nur eine Injec-

tion von 5—20 ccm. gemacht. Zur Immunisirung ist bloss 1 ccm des wirksamsten Serums erforderlich; von 63 so behandelten Kindern bekamen nur 2 die Krankheit in sehr leichtem Grade. Die immunisirende Injection ist, da das Antitoxin rasch ausgeschieden wird, nach 3 Wochen zu wiederholen.

(VIII. Internat. Congress für Hygiene in Budapest.  
— Wiener medic. Presse 1894 Nr. 38).

- Auch Dr. Roux (Paris) hat selbständig ein **Diphtherie-Heilserum** dargestellt und zahlreiche Versuche an Thieren und Menschen angestellt, deren Resultate im Wesentlichen mit denen von Behring übereinstimmen. Das von immunisirten Pferden stammende Serum hatte eine Wirksamkeit von 50 000—100 000. Injicirt wurden unter die Haut der Flanke auf einmal 20 ccm. und 24 Stunden später nochmals 20—10 ccm. Die 2 Injectionen genügten meist, um Heilung herbeizuführen, höchstens war noch eine dritte nöthig. Die Mortalität sank bedeutend.

(VIII. Internat. Congress für Hygiene in Budapest.  
— Wiener medic. Presse 1894 Nr. 38.)

- Prof. Löffler (Greifswald) hat auch bei **localer Behandlung** sehr gute Erfolge gesehen, und zwar von einer Mischung von Alkohol, Toluol und Liq. ferri sesquichl., der man bei empfindlichen Patienten, besonders kleineren Kindern noch Menthol (10%) zusetzt. Da aber, wo septische Processe im Spiele sind, der Liq. ferri sesquichl. sich im Munde zersetzt, wird dafür Metacresol ( $1\frac{1}{2}$ —3%) oder Creolin (1%) genommen. Autor bereitet sich seine Lösung folgendermaassen: 10 gr Menthol werden in einen in ccm getheilten Cylinder gebracht, hierauf wird Toluol hineingeschüttet, bis die Flüssigkeit zur Marke 36 gelangt ist (Menthol löst sich in Toluol vollständig); nun wird Creolin (2), Metacresol ( $1\frac{1}{2}$ ) oder Liq. ferri sesquichlorat. (4 ccm) hinzugefügt und Alkohol bis zu 100 ccm hineingefüllt. Mit genannter Lösung wird ein Wattebausch getränkt, mit der Kornzange gefasst und 10 Secunden lang an die afficirten Stellen angedrückt und die Procedur sofort wiederholt. Dies alle 3 Stunden, bis alle localen Erscheinungen geschwunden sind, was in längstens 4—5 Tagen der Fall ist. Strübing behandelte 96 bakteriologisch untersuchte Fälle so: es starb kein einziger!

(VIII. Internat. Congress für Hygiene in Budapest. —  
Wiener medic. Presse 1894 No. 38.)



- Bianchini empfiehlt ein neues Verfahren bei Behandlung der D., hauptsächlich bestehend in — möglichst frühzeitig applicirten — **feuchten Fomentationen von 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Carbol-Bleiwasser** (das Phenol wird durch die Haut und in Dampfform durch den Mund in den Körper gebracht). Gleichzeitig wird 2—3 Mal täglich das afficirte Gebiet bepinselt mit:

Rp.

*Acid. salicyl.* 3,0

*Resorcin.* 2,0

*Glycerin.* 10,0.

M. D. S. Aeusserlich!

(Gazetta degli ospitali 20/3 94. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1894 No. 73.)

- Bei **croupöser Larynxstenose höchsten Grades**, wo die Dyspnoë bereits einen sehr besorgniserregenden Charakter zeigte und die Tracheotomie bereits vorbereitet war, hat Dr. Bremer (Berent) in 2 Fällen mit einem sehr einfachen Verfahren den Kindern das Leben gerettet, indem die intralaryngeale Schwellung auffallend günstig beeinflusst wurde: Vorn auf dem Halse über dem Schildknorpel pinselte er in Thalergrösse die Haut mehrmals mit **Collodium cantharidatum** ein bis zur Bildung eines papierdünnen Häutchens. Die Dyspnoë verschlimmerte sich nicht, sondern besserte sich sogar zusehends.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 9.)

**Haemorrhoiden.** Dr. A. Richter (Tlumacz) berichtet von einem **seltenen Zufall nach Haemorrhoidal-Operation**: am 29. Juni operirte er die über 40 Jahre alte Patientin, die seit vielen Jahren an linksseitigen inneren und äusseren Haemorrhoidalknoten litt. Zum 26. Male operirte er auch hier nach Cooper und zog unter streng antiseptischen Cautelen einen grösseren äusseren Knoten vor, stach an seiner Basis eine doppelt armirte Nadel durch, worauf er den Faden selbst knüpfte. Ohne besondere Schmerzen verlief die Operation noch anderer zweier Knoten innerhalb 15 Minuten. Am selben und zweiten Tage vollkommene Euphorie bei Bettruhe. Plötzlich, 33 Stunden nach der Operation, beim besten Wohlbefinden stürmisches Erbrechen. 1 Stunde später schwerer Collaps, kleiner Puls (60 Schläge), enge, aber leicht reagirende Pupillen, äusserst heftige Kopfschmerzen.

Tags darauf leichte Parese im Gebiet des rechten Facialis, Hypoglossus und der rechten oberen Extremität. Diagnose: Embolie einer linksseitigen Hirnarterie, ausgehend von einem Blutgerinnsel von den Venae haemorrhoidales. — 38 Stunden nach diesem Insult Tod unter zunehmender Herzschwäche und Bewusstlosigkeit. — Autor hat noch keinen ähnlichen Fall in der Litteratur gefunden. (Wiener medic. Presse 1894 No. 34.)

- Dr. Gabriel Papp (Klausenburg) behandelte acut-entzündliche und veraltete Knoten mit den vielfach empfohlenen **Carbolglycerin-Injectionen**. Nach Beschränkung der Diät, Ausleerung des Darminhalts und Desinfection der Rectalgegend wurden in die einzelnen Knoten, je nach Grösse, 2—5 Tropfen Carbolglycerin (aa) injicirt. Die Nadel der Pravaz'schen Spritze wurde gut abgetrocknet und in die Mitte des Knotens gestochen und nach Injection der Flüssigkeit einige Minuten darin belassen. Die Patienten verbrachten die folgenden Tage im T-Verband und nahmen flüssige Nahrung zu sich. Das Einstechen der Nadel verursachte nur geringen Schmerz, während des Eindringens der Flüssigkeit Schmerzen grösser, sonst keine Beschwerden. In manchen Fällen Injection schmerzlos. Der Knoten vergrösserte sich alsbald und gewann eine harte, ungleichmässige Oberfläche. An den folgenden Tagen keine Veränderung. In der 2. Woche Weichwerden des Knotens und nach einigen Wochen gänzliches Verschwinden. In allen Fällen gleiches Resultat, schon nach einer Injection. Mehrere Male nicht so glatter Verlauf (in einem Falle an der Einstichstelle oberflächliche Gangrän und Blutung, die erst mit dem Fortschreiten der Granulation aufhörten; in einem anderen gangränescirte ein nicht injicirter, dem grösseren Knoten anhängender, kleiner Knoten, wahrscheinlich weil seine Ernährung aufhörte, und musste mit dem Glüheisen entfernt werden), aber trotzdem sind im allgemeinen, wie man behaupten darf, die Carbolglycerin-Injectionen bei veralteten und ebenso bei acut-entzündlichen Knoten, wenn sie nicht übergross sind und wenn Complicationen fehlen, ohne unangenehme Folgen anwendbar, sie beseitigen Schmerzen und Blutungen und führen zu vollständiger Genesung.

(Sebészet 1894 No. 28. — Pester medic.-chirurg. Presse 1894 No. 35.)

**Hemicranie.** Dr. Schnirer hat das **Migraenin** in 4 Fällen angewandt; bei 3 Fällen fand er eine Bestätigung des von anderen Autoren gerühmten prompten Erfolges, im 4. Falle leistete das Mittel ebenso wenig wie Antipyrin.

(Wiener medic. Presse 1894, No. 29.)

--- Auch Dr. Otto Halász (Wien) bezeichnet **Migraenin** als überaus werthvolles Antineuralgicum, das in allen Fällen von Kopfschmerz mit fast absoluter Sicherheit angewendet werden kann, jeden neuralgischen Schmerz günstig beeinflusst und von unangenehmen Nebenwirkungen frei ist.

(Aerztl. Centralanzeiger 1894 No. 21.)

**Hernien.** Dr. Havemann (Dobbertin) operirte mit Erfolg einen eingeklemmten Leistenbruch bei einem 4wöchentlichen Kinde: Bei demselben hatte die Mutter schon in den ersten Tagen nach der Geburt ein Stärkerwerden der rechten Scrotalseite bemerkt, und der Umfang dieser Hälfte erreichte bisweilen unter mässiger Spannung und Röthung der Haut die Grösse einer kleinen Wallnuss. Freitag den 12./9. fing das Kind, das bis dahin sonst ganz normal gewesen war und die Brust nahm, heftig zu schreien an und schrie unaufhörlich den ganzen Tag, die Nacht hindurch, den ganzen Sonnabend und die Nacht zum Sonntag. Dabei erbrach es alles, die Darmausleerungen sistirten vollkommen, und statt derselben wurde unter heftigem Pressen Blut und Schleim, ersteres in beträchtlicher Menge, entleert. Sonntag Mittag zufällig anwesend, constatirte Autor einen eingeklemmten rechtsseitigen Leistenbruch: rechte Hodenseite wie mittlere Wallnuss gross, bläulich-roth, seitlich abgeplattet, hart, sehr empfindlich; Abgrenzung des Hodens unmöglich; Leib prall gespannt. Repositionsversuch: durch vorsichtige, aber kräftige Massage wurde Umfang und Spannung vermindert, doch war deutlich ein zurückbleibender, bei der Handhabung crepitirender Inhalt zu fühlen. Nach dem Taxisversuch Kind sehr erschöpft; es wurde ruhig und verweigerte jede Nahrung, jedoch sistirten das Erbrechen und die blutigen Darmentleerungen. Sonntag Nacht Operation an dem tief erschöpften Kinde. Eröffnung des Bruchsackes. Das abfliessende Bruchwasser mit zahlreichen weisslichen Flocken vermischt. Im Bruchsack eine recht grosse, collabirte

Dünndarmschlinge, schmutzig-braunroth, nahe der Convexität der Schlinge mit 3 etwa erbsengrossen, hochkirschrothen, haemorrhagischen Flecken mit sehr dunklem Mittelpunkt. Nach hinten und einwärts der normale, nur wenig geröthete Hoden. Mit dem kleinen Finger neben der Darmschlinge vordringend, fand Autor im äusseren Leistenringe und über ihn hinaus einige scharf vorspringende, den Bruchsackhals von oben her beengende Fascienränder, welche im Vordringen mit dem geknöpften Bruchmesser wiederholt incidirt wurden, bis die Kuppe des kleinen Fingers den ganzen Leistencanal passirt hatte. Desinfection des Bruchsackinneren mit 2 $\frac{0}{10}$  Carbollösung. Der hintere untere Umfang der Darmschlinge mit dem Bruchsack verklebt, wurde leicht gelöst, aber die adhärenz gewesene Stelle blutete so stark, dass 3 dicht neben einander gelegte Umstechungsnähte erst die Blutung zum Stehen brachten. Reposition nach ziemlich ausgiebiger Erweiterung sehr leicht. Drain, Jodoform, tiefgreifende Naht und Listerverband. Trotz der späten Zeit der Operation (4. Tag der Einklemmung), der Entzündung im Bruchsack und der Erschöpfung des Kindes eclatanter Erfolg! Erbrechen und Blutabgang hörten ganz auf, am Abend des Operationstages lauter Abgang von Blähungen, bald darauf reichlicher, unblutiger Stuhlgang, Annahme der Brust, kein Erbrechen darauf. Am 6. Tage Entfernung des Drains. Nach 14 Tagen rechte Scrotalhälfte völlig abgeschwollen, Operationswunde geschlossen. Das Kind gedeiht. — Sehr auffallend der erhebliche Blutabgang durch den Darm während der 3 ersten Incarcerationstage! Die Blutung, welche den Eindruck einer venösen Stauungsblutung machte, also aus dem abführenden Theile des Darmrohres stammte, kam jedenfalls von den direct in die Vena cava mündenden Venae haemorrhoidales her; bei den ganz ungewöhnlich heftigen und langdauernden Pressbewegungen des Kindes standen diese Venen unter der unmittelbaren Einwirkung des durch die Vena cava vermittelten Stauungsstosses, dem sie nachgaben. Als das Erbrechen und Schreien aufhörten, sistirte auch die Blutung.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 34.)

- Bei der Küster'schen Methode der Radicaloperation von H., welche hauptsächlich Gewicht auf hohe Ligatur

des Bruchsackes, auf zuverlässigen Verschluss der Bruchpforte und auf Genauigkeit der Wundnaht legt, wird nach üblicher Eröffnung des Bruchsackes und Reposition seines Inhaltes der Bruchsack gut isolirt, stark angezogen, möglichst hoch am Halse abgebunden und extirpiert, der übernähte Stumpf aber versenkt, dann die Bruchpforte unter Leitung des Fingers durch tiefe, die ganze Dicke der Pfeiler fassende Seiden- oder Silberdrahtnähte geschlossen und nach genauer Blutstillung die Wundfläche des Bruchbettes durch Etagennähte (meist genügen 3—5 Etagen), die, dicht über einander liegend, aus der Tiefe aufwärts steigen, so eng vereinigt, dass nirgends Blut- oder Secretanhäufung in einem toten Raume möglich ist, endlich die Hautwunde durch fortlaufende Seidennaht geschlossen und nur mit Jodoformcollodium überpinselt. — O. v. Büngner (Marburg, chirurg. Klinik) hat nun den Werth dieser Methode dadurch geprüft, dass er die Endresultate zusammentrug. Operirt nach dieser Methode also in 10 Jahren 84 Patienten, von denen 67 hier in Betracht kommen. Davon 61 = 91% dauernd geheilt (von den Geheilten hat der älteste die Operation 8 $\frac{1}{6}$  Jahre,  $\frac{3}{4}$  von ihnen mehr als 3 Jahre und  $\frac{5}{6}$  mehr als 2 Jahre überstanden). Nur 6 Männer mit Inguinalhernien, die ja am meisten zu Recidiven neigen, hatten Recidive, die aber gering und leicht durch ein Bruchband zurückzuhalten waren. Mortalität = 0%. Primäre Wundvereinigung = 78,8%. Mittlere Heilungsdauer dabei 24 Tage (bei secundärer Vereinigung 44 Tage). Dazu kommt, dass die Operationstechnik ebenso wie die Nachbehandlung sehr einfach sind. Die Operation ist also aufs Wärmste zu empfehlen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1894 Bd. 38, Heft 6.)

**Hyperidrosis.** Gegen die Nachtschweisse der Phthisiker empfiehlt v. Székely warm die Tinct. Bellad. in Verbindung mit Arsen:

Rp.

*Solut. arsen. Fowl.*

*Tinct. Bellad. aa 3,0*

*Aq. Lauroc. 20,0.*

M. D. S. Abends 5 Uhr 15—10 Tropfen  
und während der Nacht die gleiche  
Dosis zu geben.

Recht wirksam, zugleich auch die Verdauung anregend, ist Cotoin:

**Rp.**

*Cotoin. 0,5*

*Aq. dest. 120,0*

*Alkohol. 10,0*

*Syr. simpl. 20,0.*

M. D. S. Abends 1 Esslöffel und nach  
2 Stunden nochmals einen zu geben.

Aeusserlich vor dem Schlafengehen Waschung des ganzen Körpers mit Chloral. hydrat. (6,0 : 100,0 Wasser und Alkohol aa) oder mit Cayennepfeffer (1 Kaffeelöffel in 1 Tasse Essig). Manchmal wirkt Milch mit Cognac gut, von welch letzterem aber höchstens 3 Kaffeelöffel voll gegeben werden dürfen, da sonst die H. noch gesteigert wird.

(Sem. méd. 1894 No. 44. — Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 33.)

**Intoxicationen.** Dr. L. Kaempfer (Werneuchen) beobachtete 2 Fälle von Lysolvergiftung, die sich durch heftige Dermatitis mit schweren Allgemeinerscheinungen kundgab. 1) Arbeiter, dem beim Abladen von Holz ein etwa 1 cm breites Hautstück fast circular aus dem ersten Gliede des linken Mittelfingers gerissen wurde. Abwechselnd Salbenverbände, Sublimat- und 1% Lysol-Priessnitz. Anfangs gutes Fortschreiten des Heilungsprocesses, dann aber plötzlich eine von der bereits gut granulirenden Wunde ausgehende acute Dermatitis. Lysolverband war nur an 2—3 Tagen zur Anwendung gekommen, abwechselnd mit anderen Mitteln. Die Dermatitis schritt rasch weiter, der ganze Mittelfinger, die übrigen Finger wurden ergriffen, binnen 5—6 Tagen dann Hand, Arm, der ganze Körper; an den bereits afficirten Stellen wiederholte, immer schwächer werdende Nachschübe. Furchtbares Brennen, hohes Fieber, anhaltende Schlaflosigkeit. Haut geröthet, geschwollen mit Bläschen besetzt. Erst nach 14 Tagen Besserung, nach 6 Wochen Heilung. 2) Arbeiter, der fast gleichzeitig eine Distel in den rechten Mittelfinger gestochen hatte. Dadurch phlegmonöse, zur Nekrose eines etwa 10pfennigstückgrossen Hautstückes des Mittelgliedes führende Entzündung. Nach völliger Reinigung der Wunde täglich einmal Auflegen eines

0,5% Lysol-Priessnitz. Nach 2 Tagen starkes Fieber, furchtbares Brennen auf der Haut, acute Dermatitis an den Fingern, der Hand, dem Unterarm bis Ellenbogen. Hier offenbar Lysolwirkung! kein anderes Mittel war benützt worden! jetzt erst offenbar, was bei 1) die Dermatitis bewirkt hatte. Hier sofort nach Aussetzen des Lysols Nachlass der Beschwerden und Entzündung. — Die 2 Fälle zeigen wieder, dass Lysol kein so harmloses Mittel ist, das dem Kranken überlassen werden kann, und dass es sich besonders zu feuchten Verbänden nicht eignet.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 34.)

- Dr. Langfeldt (Ingelfingen) macht Mittheilung von einer **Lysolvergiftung**: 16jähriger Junge, der unter Aether-Spray wegen eines perityphlitischen Abscesses operirt worden war, bekommt unmittelbar nach der Incision von der Wärterin statt Malagaweins einen Esslöffel Lysol zu trinken. Wenige Minuten darauf vollständige Bewusstlosigkeit; Athmung sinkt rasch auf 12—10 in der Minute, Puls unter 50, Muskulatur ganz schlaff, Augen geschlossen, Augäpfel, etwas nach oben gerollt, bewegten sich langsam hin und her, Pupillen nur stecknadelkopfgross, Unterkiefer schlaff herabhängend, gänzliche Empfindungslosigkeit. Etwa 8 Minuten nach dem Unfall Magenpumpe! Erst nach Eingiessung von 2 Litern wurde der Abfluss klar. Der Kranke schlägt einige Minuten darauf die Augen auf und blieb gesund, obwohl während des Magenpumpens eine Aspiration des Mageninhalts stattfand: plötzlich nämlich lief dabei neben den Schlauch in vollem Strom flüssiger Mageninhalt aus dem Munde (bei der Seitenlage des Kranken rechts und bei tiefliegendem Kopfe hatte der Magen eine höhere Stellung als der Pharynx gehabt!) und es trat starkes Rasseln ein. Auch dieser Vorgang blieb ohne Folgen. Es war eben ein Glück, dass hier gleich ein Arzt zugegen war!

(Der ärztliche Praktiker 1894 No. 35.)

- Dr. Leopold Kramer theilt einen **Fall von Trionalvergiftung** mit: 20jähriger Pharmaceut, der zur Bekämpfung seiner von früherem Morphinismus herrührenden Schlaflosigkeit Trional à 1 gr erhält, nimmt auf einmal 16 gr. Am Morgen war er nicht zu erwecken; collabirtes Aussehen, schwacher, kleiner Puls (88), leicht sterto-

röses Athmen, Pupillen wesentlich erweitert, scheinbar starr. Im Laufe des Tages hob sich der Collaps ein wenig; von Zeit zu Zeit an den oberen Extremitäten schauerartige, synchrone, clonische, krampfartige Zuckungen von wenigen Secunden Dauer. Abends noch tiefer Schlaf; Puls besser (108), Pupillen mittelweit, gute Reaction, Athmung gemischt (30). Als der Kranke mit vieler Mühe geweckt wurde, machte er einen tief verschlafenen Eindruck; ersprach lallend, war zeitlich und örtlich vollkommen unorientirt, die Motilität lag vollkommen darnieder, alle Bewegungsversuche scheiterten an hochgradiger Ataxie, die Druckkraft = 0, Retentio urinae, keine Schmerzen. Nachts guter Schlaf. Am nächsten Morgen subjectives und objectives Wohlbefinden. Keine üble Nachwirkung.

(Prager medic. Wochenschrift 1894 No. 34.)

- Dr. Leopold (Pörschach) beschreibt einen Fall von **Cocain-Intoxication**: 24jährige Frau, gesund, sehr kräftig; infolge von Erkältung (forcirtes Baden im Wörthersee, täglich bis 1 Stunde) Halsentzündung mit Abscessbildung an der linken Tonsille. Zur Linderung der heftigen Schmerzen eine Einpinselung von 10% Cocain mittelst Pinsels, sodass nur eine minimale Quantität Cocain auf die Schleimhaut des Halses kam. 2 Stunden später colossaler Aufregungszustand mit Verwirrtsein, Verfolgungsideen, Hallucinationen. Eine Dosis Sulfonal brachte eine leidliche Nacht. Am nächsten Morgen vollkommene Euphorie, keine Erinnerung an das Vorhergegangene. — Dass so minimale Quantität Cocain so stürmische Erscheinungen hervorrief, erklärt Autor daher, dass Patientin durch das übermässige Baden nervös erregt war, weshalb sie durch Cocain heftiger beeinflusst wurde.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 36.)

- Alex. Renault liefert einen Beitrag zur **Quecksilber-Vergiftung infolge von Injectionen mit unlöslichem Quecksilber**: 54jährige Frau mit Secundärerscheinungen erhält in Intervallen von 10 Tagen 3 Injectionen von Ol. cinereum und wird nach 4 Wochen als vollkommen geheilt entlassen. 5 Wochen darauf colossale Stomatitis — continuirliche, abundante Salivation, starke Ver-



dickung der Lippen und der Zunge, so dass letztere nicht mehr im Munde gehalten werden konnte, vollständige Erweichung der Zahnkiefer und Lockerung der Zähne — und elender Allgemeinzustand. Erst nach 10 Tagen Heilung. Man sieht also, nach wie langer Zeit noch Zufälle zu befürchten sind.

(Gesellschaft für Dermat. u. Syphil. in Paris. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1894 No. 78).

**Morbus Basedowii.** Prof. Krönlein hat bei 8 Fällen die **partielle Strumectomie** ausgeführt, welche Operation in sämtlichen Fällen ausserordentliche Besserung, ja zum Theil Heilung bewirkt hat; besonders günstig beeinflusst wurden stets die Tachycardie, dann der Tremor, die psychische Reizbarkeit und die Schlaflosigkeit. Der Erfolg der Operation war kein vorübergehender, sondern ein dauernder, sich jetzt zum Theil schon auf Jahre erstreckender.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1894 No. 15).

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** C. Schmidt beurtheilt an der Hand von 156 in der geburtshilflichen Klinik in Basel ausgeführten (meist von Studenten!) Zangen die **Prognose der Zangenoperation**: dieselben sind demnach, falls sie typisch sind, im allgemeinen für Mutter und Kind als ungefährlich anzusehen. Bedingungen sind das Festhalten gewisser Indicationen — als solche sind auch Wehenschwäche und die daraus hervorgehende Ausdehnung der 2. Periode über 3, höchstens 4 Stunden zu betrachten, — und Erfüllung der Bedingungen für die Zange (im Nothfall Cervix-Incisionen!): dann bringt die baldige Ausführung der Zange gegenüber längerem Zuwarten nicht nur keinen Nachtheil, sondern, besonders für die Kinder, sogar einen Vortheil. Mortalität für die Mütter: 0%, für die Kinder 5,7%; von den — stets genähten — Scheidendammverletzungen heilten 92% per primam.

(Archiv für Gynäkologie Bd. 47, 1894, No. 1).

— **Zur Behandlung der Gesichtslagen mit nach hinten gerichteten Kinn** hat Dr. Volland (Davos) bereits 1887 einen Handgriff angegeben, der ihm treffliche Dienste leistete. Derselbe hat aber wenig Beachtung gefunden,

weshalb ihn Autor nochmals genau beschreibt und aufs wärmste empfiehlt. „Das Gesicht wird fest umfasst, indem der Zeigefinger unter das Kinn zu liegen kommt, und während der Wehenpause soweit als möglich mit dem Kinn seitlich gedreht. In dieser Lage hält man fest, indem man auf die so etwas veränderte Stellung die nächste Wehe wirken lässt. Während derselben erscheint das Gesicht zunächst völlig unbeweglich und fest eingekeilt. Man lasse sich aber dadurch nicht irre machen. Man muss nun nicht nur unverrückt festhalten, sondern auch mit allen Kräften weiterdrehen, indem man zugleich mit dem unter das Kinn eingehakten Finger dasselbe nach abwärts zu bringen sucht. Während der folgenden Wehenpause kann man sich wieder von der Drehungsmöglichkeit des Gesichts überzeugen, wird aber schwerlich schon einen deutlichen Erfolg finden können. Man verzagt aber nicht, sondern wiederholt vor der nächsten Wehe und während derselben genau dasselbe Verfahren, wie oben beschrieben. Wenn man in dieser Weise während mehrerer Wehen möglichst kräftig drehend auf das Gesicht und zugleich mit dem Zeigefinger abwärts bewegend auf das Kinn gewirkt hat, wird man endlich finden, dass sich das Gesicht dem Querstand auf dem Beckenboden genähert hat. Nun wird der Raum für die ganze Hand zu eng, so dass man sich begnügen muss, mit dem unter das Kinn gehakten Zeigefinger dasselbe immer mehr nach vorn zu bewegen, bis es endlich unter der Symphyse liegt und zugleich in der Schamspalte erscheint.“

(Therap. Monatshefte 1894 Nr. 8.)

- Dr. A. Kupffer rühmt als gutes **Wehenmittel** das Morphinum, das nicht von der Triebkraft ausgehende nervöse Schmerzen entfernt, die Reizbarkeit und damit die Spannung der quergestreiften Muskelfasern und somit auch des Dammes herabsetzt und endlich, was am Pulse zu bemerken ist, in kleinen Dosen den Tonus der glattfaserigen Muskulatur kräftigt. Jedenfalls werden die Wehen nicht unbedeutend verstärkt. Autor ordinirt:

Rp.

*Morph. mur. 0,1*

*Aq. amygd. amarar. 10,0.*

M. D. S. 12 Tropfen zu nehmen.

Zuerst lässt er die Kreissende mit schwachen Wehen eine

gute Zeit sich selbst abmühen und giebt dann die 12 Tropfen, wenn gar kein Fortschritt stattgefunden, auch schon vor merklicher Eröffnung des Muttermundes. Manchmal muss man die Tropfen ein zweites Mal geben, und zwar, wenn die Wehen zum Schluss nachlassen, der Kopf bereits tief, ja zangengerecht steht. Die Wehen werden viel stärker, und der Kopf kommt zur Geburt. Der letzte Moment des Durchschneidens des Kopfes lässt sich noch erleichtern, wenn man der gebärenden Frau 1 Theelöffel Chloroform auf Watte unter die Nase hält; die Spannung des Dammes lässt noch weiter nach, und bei vollem Bewusstsein, aber unter geringen Schmerzen der Mutter tritt der Kopf des Kindes heraus. Auch in der Nachgeburtsperiode giebt Autor Morphinum, wenn bei starker Blutung der Vortritt der Placenta zögert, erst nach Entfernung dieser aber dann Secale.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1894 Nr. 35).

- **Ueber den Einfluss der Fibromyome des Uterus auf Conception, Schwangerschaft und Geburt** urtheilt M. Hofmeier auf Grund von 213 selbst beobachteten Fällen: Ein Einfluss auf Fertilität ist nicht vorhanden, etwa vorhandene Sterilität ist meist auf anderes zurückzuführen. Die Gefahren für den Verlauf der Gravidität werden entschieden überschätzt, namentlich die in Bezug auf Eintritt eines Abortes; letzterer tritt nicht häufiger ein, als bei gewöhnlicher Schwangerschaft. Auch die Befürchtungen für Geburt und Wochenbett sind selten gerechtfertigt: Geduld, vorsichtige, streng antiseptische Behandlung der Geburt, Abwarten in der III. Periode beweisen dies. Die beste Zeit für operative Entfernung ist einige Wochen und Monatenach erfolgter Geburt.

(Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynäkol. 1894 Bd. 30 Heft I.)

- Dr. Littauer (Leipzig) theilt einen Fall von **Operation eines totalen Dammrisses während der Schwangerschaft** mit. Wegen der heftigen Beschwerden wurde die Perineoplastik gemacht, ohne dass die Schwangerschaft unterbrochen wurde, was auch bei den 8 in der Literatur verzeichneten Fällen von Perineorrhaphie in der Gravidität in gleicher Weise der Fall war. 7 Monate darauf Entbindung. Als bei zangengerechtem Kopf,

vollkommen erweitertem Muttermund und sehr schwachen Wehen nach mehrstündigem Warten kein Fortschritt der Geburt zu bemerken war und zu erwarten war, dass beim Durchschneiden des Kopfes ein Reißen des neuen Dammes erfolgen würde: Dührssen's Scheidendammincision mit der Kniescheere in der Richtung nach dem Tuberculum ischiæ sin. Als im entscheidenden Moment die Gebärende trotz Narkose mitpresste, Schnitt vergrößert, sodass er ca. 4 cm. in die Scheide und 6 cm. nach aussen reichte und soviel Raum schaffte, dass noch der Daumen in die Scheide eingeführt werden konnte, welcher zusammen mit dem ins Rectum gebrachten Zeigefinger den Damm sicher schützte. Heilung der grossen, zu heftiger Blutung Veranlassung gebenden Wunde per primam; 4 Wochen post partum Wunde noch über 5 cm. lang, Damm nicht hoch, an der Nahtstelle nicht verdünnt.

(Centralblatt für Gynäkologie 1894 No. 35.)

— Gegen Erbrechen der Schwangeren empfohlen:

Rp.

*Cocain. mur.* 0,03

*Antipyrin.* 1,0

*Aq. dest.* 120,0

M. D. S.  $\frac{1}{2}$  stündl. 1 Theelöffel.

Rp.

*Tinct. Jodi* 7,5

*Chloroform.* 60,0

M. D. S. Morgens und Abends  
5 Tropfen in Selterswasser.

Rp.

*Cocain. mur.* 1,0

*Extr. Bellad.* 0,25

*Vaselin.* 15,0

M. f. ung.

S. Zum Bestreichen des Os uteri.

(Med. and. Surg. Report, 4. VIII. 94. —  
Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 37).

— Dr. A. Hecht (Beuthen O/S) beobachtete einen Fall von **Paracolpitis puerperalis**. Paracolpitis — sehr selten — ist ein entweder in den Scheidenwandungen selbst oder in dem sie umgebenden Bindegewebe sich abspielender, entzündlicher Process, der sehr zur Abscedirung neigt („Scheidenabscess“). Im Puerperium entsteht sie primär infolge von Verletzungen der Scheide mit der Zange oder im Gefolge einer Periphlebitis des Septum recto-vaginale. Dass aber auch ganz geringfügige Verletzungen an der Vulva einmal die Affection veranlassen können, zeigt vorliegender

Fall: 24 jährige Frau, I para, vor 10 Tagen spontan entbunden. In den ersten 10 Tagen keine Störung, am 8. Tage stand die Wöchnerin auf und begann ihre häusliche Thätigkeit. Plötzlich am 10. Tage (2. Mai 1893) Retentio urinae, Schmerzen links vom Kreuzbein, Schlaflosigkeit. Positiver Befund: Temperatur 38,7°, Puls 108. 1 $\frac{1}{2}$  cm langer, durch die hintere Commissur gehender Riss: Wundränder etwa  $\frac{1}{2}$  cm weit klaffend, geröthet, derb infiltrirt. Bei der inneren Untersuchung heftiger Schmerz, namentlich an der hinteren Scheidenwand: diese ist bretthart infiltrirt; Infiltration erstreckt sich nach oben bis ins hintere Scheidengewölbe. Temperatur der Scheide bedeutend erhöht. Therapie: Ol. Ricin., Sitzbäder von 30° R., 3  $\times$  tägl.  $\frac{1}{4}$  Stunde, die übrige Zeit hindurch Priessnitz'sche Umschläge um den Unterleib, 2  $\times$  tägl. Ausspülung der Scheide mit 1% Lysollösung, auf den Riss Bor-Jodoform und Salicylwatte, starker Wein, Milch, Fleischbrühe mit Gelbei, fein geschabter Schinken, 2  $\times$  tägl. im Anschluss an die Scheidenausspülung Katheterisation. Urin in den ersten Tagen grünlich-braun. Energisches Befragen der Hebamme: diese hatte schon 24 Stunden lang Umschläge mit 3% Carbolwasser auf den Leib machen lassen! — Status am 3. Mai: Temperatur 39,2° C., Puls 120. Stuhlgang unter heftigen Schmerzen erfolgt. Keine Veränderung. Therapie noch: Einlegen eines Tampons mit 10% Ichthyolglycerin in die Scheide des Abends und Herausnahme am Morgen. — Trotz Antipyretica am 4. Mai 6 Uhr Abends Temperatur 40,3°. Steigerung der Sitzbäder auf 35°, um die Abscedirung zu beschleunigen. Seit der letzten Nacht Lähmung des Sphincter ani. Tags darauf kleine Besserung: Retentio urinae geschwunden. Abends aber Temperatur 40,8°. 2 Finger unterhalb des Scheidengewölbes undeutlich fluctuirende Stelle. Am nächsten Morgen dort Incision: viel übelriechender Eiter. Sofort auffallende Besserung, Temperatur normal, keine Schmerzen, Schlaf und Appetit wieder vorhanden. Bald Heilung, nachdem die Scheidenausspülungen solange fortgesetzt wurden, als der Abgang eitrigen Secrets dauerte. Der Riss durch die hintere Commissur heilte unter obiger Behandlung spontan aus. — Dieser Fall zeigt, welchen Gefahren eine Wöchnerin ausgesetzt ist, wenn nur die geringste Verletzung an der Vulva

übersehen wird. Derartige Verletzungen müssen sofort durch Naht vereinigt werden!

(Münchener med. Wochenschrift 1894 No. 33.)

- Prof. Theod. v. Kézmárszky (Budapest) berichtet über **intra-venöse Sublimatinjectionen (Baccelli) bei venöser Sepsis im Wochenbett**. Baccelli macht bekanntlich gegen Syphilis mittelst Pravaz intravenöse Einspritzungen von 1—4—8 mg Sublimat in Lösung von 1—2<sup>0</sup>/<sub>100</sub> in eine beliebige Vene der oberen oder unteren Gliedmaassen. Hier handelt es sich um 2 Wöchnerinnen. Die erste, am 30. April niedergekommen, erkrankte am 2. Mai, das Fieber stieg an und trotz der üblichen Behandlung war der Zustand am 16. Tag höchst besorgniserregend: sehr frequenter, elender Puls, Theilnahmslosigkeit und Halbschlummer, stille Delirien, trockene Zunge, Zittern der Hände u. s. w. Die 2. Kranke, am 2. Mai entbunden, begann 2 Tage darauf zu fiebern; bei ihr wechselten extreme Hitzegrade mit tiefen Remissionen, Puls sehr schwach und frequent, Zunge trocken, Allgemeinbefinden elend, einmal Seitenstechen mit Husten und etwas blutig gefärbtem Auswurf. Bei beiden örtlich nichts nachweisbar. Nun Beginn der Injectionen, allmählig steigend von 1—5 mg pro die. Die 1. Kranke bekam so vom 16.—25. Tage 10 Injectionen (37 mg), die 2. Kranke 8 Injectionen (31 mg). Mit Beginn derselben wich allmählig das Fieber, und im Allgemeinbefinden machte sich eine überraschende Besserung geltend. — Wenn auch 2 Fälle nichts beweisen, zumal dieselben nicht gar so schlimm waren und derartige Erkrankungen manchmal auch spontan abheilen, so zeigen sie doch, dass die Injectionen bei Puerperalfieber nicht schädlich, eher nutzbringend sind und vielleicht berufen sind, hier eine grosse Rolle zu spielen.

(Centralblatt für Gynäkologie 1894 No. 38.)

**Syphilis.** Cordier (Lyon) glaubt, dass in etwa 2<sup>0</sup>/<sub>10</sub> aller Fälle **Syphilis ohne Primäraffect** einhergeht, d. h. gleich mit Secundärsymptomen beginnt. Er habe dies bei Individuen, die er nach einem verdächtigen Coitus täglich zu beobachten Gelegenheit hatte, gesehen. Durchschnittlich 50 Tage nach dem Coitus Entwicklung dieser Secundärerscheinungen, ohne dass vorher Schanker oder

Drüsenanschwellungen vorhanden waren. Zuweilen 8—20 Tage nach Beginn der specifischen Hautaffection statt des Schankers Herpes progenitalis oder Balanitis zu constatiren. Wenn man diese bei jemandem beobachtet, der vorher nie daran gelitten, muss man stets auf S. bedacht sein!

- Ganzinotti und Etienne (Nancy) theilen einen Fall von **maligner hereditärer Lues** mit: junges Mädchen, Tochter syphilitischer Eltern, bis zu ihrem 25. Jahre frei von allen Luessymptomen. Einige Tage nach einer Verletzung am Kopf plötzlich Gummata am Schädeldach, dann solche am linken Knie (hier einige Zeit vorher Verletzung). Etwas später plötzlich sehr schwere Hirnsymptome (Coma, Hemiplegie). Nach einigen Sublimat-Injectionen Heilung, die 8 Monate anhält. Dann Iridochoroiditis, die sehr bald einer specifischen Therapie weicht. Vor kurzer Zeit, im 29. Jahre ihres Lebens bekam Patientin Lungensymptome, an Tuberculose erinnernd. Auf 5 Sublimat-Injectionen schwanden sie jedoch vollkommen.

(V. Congress der Französ. Gesellschaft für Dermatolog. und Syphiligraphie, 2.—4. August 1894. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 70.)

- Dr. Jadassohn demonstirt einen Patienten mit einer eigenartigen Affection, die er als „**Bubonulus syphiliticus**“ bezeichnen möchte. Der Kranke, dessen syphilitische Infection etwa  $\frac{1}{4}$  Jahr zurückliegt, bemerkt seit längerer Zeit die Allgemeinerscheinungen der S. Bei der Aufnahme war ein sehr ausgebreitetes maculo-papulöses Syphilid zu constatiren und am Frenulum der indurirte Rest eines Primäraffectes; von ihm aus verlief einige Centimeter weit an der Unterseite des Penis unter der unveränderten Haut ein derber, weder spontan noch auf Druck empfindlicher Strang, ein sogenannter „luetischer Lymphstrang“. Nach 3 wöchentlichen antiluetischer Behandlung schwoll der Strang an einer Stelle stärker an zu einem unter der Haut gelegenen, sich wie eine prall gespannte Cyste anfühlenden Tumor, der gar nicht druckempfindlich war. Bald lividrothe Verfärbung des Tumors, zugleich stärkere Anschwellung der beiderseitigen Inguinaldrüsen, ebenfalls ohne acute Entzündungserschei-

nungen. Die Excision des Tumors ergab eine abgekapselte cystenartige Bildung mit sterilem eiterigem Inhalt. — Autor beobachtete einen zweiten Fall, wo ebenfalls im Anschluss an einen luetischen Lymphstrang sich 2 solche fluctuirende Stellen entwickelten; bei diesem traten auch noch Drüsenschwellungen in der Fossa hinzu, die ebenfalls ohne acut-entzündliche Erscheinungen zu einer Erweichung führten. Der Inhalt der Abscesse und eines der Heerde am Penis erwies sich als steril. Die Excision des letzteren ergab, dass die Höhle nur eine Erweiterung des Lymphstranges war. — Über die Natur dieser Heerde lässt sich Bestimmtes noch nicht aussagen, von den gewöhnlichen als solche beschriebenen Bubonulis, welche sich an Ulcera mollia anschliessen, unterscheiden sie sich durch die schleichende Entwicklung, durch den Mangel jeder Empfindlichkeit und aller acut entzündlichen Erscheinungen, durch das Auftreten im Verlaufe eines derben syphilitischen Stranges, durch die spät und scheinbar nur durch den Druck der Flüssigkeitsansammlung eintretende Betheiligung der Haut und endlich durch die cystenähnliche Abgrenzung dieser „kalten Abscesse“.

(Schlesische Gesellschaft f. Vaterländische Cultur in Breslau. — Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 38.)

- Docent Dr. Haug (München) sah einen **syphilitischen, durch Katheterismus entstandenen Primäraffect des pharyngealen Tubenostiums**: 30 jähriger Herr, der zeitweilig an Verfall des Gehörs, besonders zur Zeit katarhalischer Affectionen, litt, verspürt seit 8—10 Tagen Hals- und Ohrenscherzen, speciell lebhaftes Stechen im rechten Ohr, namentlich beim Schlucken. Beiderseits ausgesprochener Tubenkatarrh mit starker Rücklagerung der Trommelfelle und Vorspringen der hinteren Falte, rechts ausserdem lebhafte frische Injection längs des Hammergriffes bei einer gleichzeitig leichten Hyperämie und vermehrtem Glanze der Membran; Paukenschleimhaut hyperämisch durch das dünne angelagerte Trommelfell durchscheinend. Also reine acute Salpingitis! Starke Röthe der hinteren Pharynxwand, mässige Schwellung und Röthung der linken Tonsille, ziemlich starke Vergrösserung der rechten, die mit mehreren kleinen, insulären, weisslichen Epitheltrübungen und



Erosionsgeschwüren bedeckt ist. Das suspect! Schwellung der sublingualen mentalen Drüsen, besonders rechts. Keine Caries der Zähne! Diagnose daher: Lues. Aber jede Infection dringendst geleugnet! Objectiv nichts Verdächtiges nachweisbar, d. h. was den Primäraffect anbelangt, aber über Brust und Abdomen zahlreiche Roseolaflecken ausgebreitet. Die Anamnese ergibt, dass Patient vor 4 Wochen in Budapest 2—3 Mal wegen seines Ohrleidens katheterisirt worden ist. Daraufhin Rhinoskopia posterior. Starke Hyperämie des ganzen Nasenrachendaches; auf demselben ebenfalls mehrere Epitheltrübungen. Linkes Ostium pharyngeum ausser mässiger Schwellung gesund, an der rechten Tubenmündung dagegen, deren Lippen vollständig unförmlich geschwollen sind und dunkelroth, sammetartig aussehen, erbsengrosses Geschwür mit scharfen Rändern und trübem, graugelbem Detritus, vom lateralen Theil bis über die Mitte des durch den Levatorwulst gebildeten Bodens des Ostium gehend. Das ohne Zweifel der primäre Schanker! Allgemeinbehandlung mit Hydrarg. oxydulat. tannic. (à 0,3 pro dosi), Gurgeln mit Kal. permang. und local alle 2 Tage Calomel aufgeblasen. In den nächsten Tagen noch stärkeres Hervortreten der Lues: typische Corona veneris, starkes Defluvium capillorum, Verbreitung der Roseolen überallhin. Nach 12 Tagen aber rasche Rückbildung der localen, besonders auch der Halserscheinungen und allgemeinen Symptome. „Der stechende Tubenschmerz schwand, und Hand in Hand mit Abschwellung der Tubenmündung ging das Ablassen der Injection am Hammergriffe, sowie des verstärkten Glanzes und der Röthe; das Trommelfell selbst aber war am Ende der 4. Woche noch viel stärker retrahirt als am Anfange; ausserdem hatte sich, jedenfalls infolge der längeren Tubenverlagerung combinirt mit dem permanenten Entzündungsreiz von der Mündung her, am Boden der rechten Trommelhöhle eine ziemliche Menge serösen Exsudates gebildet, das eine deutliche Contourlinie bis beinahe zur Hälfte des Trommelfelles zog; es wurde durch Paracentese entfernt. Durch einfache vorsichtige Luftdouche wurde das Gehör wieder ad normam zurückgeführt. Interessant aber war die Beobachtung, dass trotz der zweifellos vor-

handenen Erkrankung des Schallleitungsapparates die Stimmgabeltöne, speciell tiefer Gabeln, stets verkürzt durch die Knochenleitung wahrgenommen wurden oder die Knochenleitung ganz aufgehoben war, während ja sonst bei Affectionen des Schallleitungsapparates sich das Verhältniss umkehrt, die craniotympanale Leitung in hohem Grade überwiegt. Autor hat schon früher auf dies der S. eigenthümliche Verhalten aufmerksam gemacht. — Die Infection kann hier nur durch einen syphilitisch inficirten Katheter erfolgt sein, was von Neuem zur grössten Vorsicht bei Ausübung des Katheterisirens mahnt. Wo immer es die Sensibilität des Patienten gestattet, sollten nur Metallkatheter benutzt werden, die allein durch siedendes Wasser sterilisirt werden können und so absolute Sicherheit gewähren, während das Einlegen in Sublimat bei Hartgummikathetern, in Carbol, Lysol u. s. w. bei Metallkathetern nie solche Garantie bietet. Dass als syphilitisch erkannte Kranke eigene Katheter haben müssen, ist selbstverständlich.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 Nr. 36.)

- Bei **Behandlung der S. in der Schwangerschaft** muss man abstehen von Sublimat-Injectionen (Intoxicationsgefahr gross), von Darreichung des Hg per os (erhöhte Gefahr der gastrischen Störungen bei Graviden, ungenügende Dauerwirkung) und auch von der Schmiercur (aus gesellschaftlichen Gründen). Dr. Rumpé (Crefeld) hat mit bestem Erfolg bei 10 Fällen Hydrarg. salicyl. angewandt. Von folgender Lösung:

Rp.

*Hydrarg. salicyl. 1,0*

*Paraffin. liquid. 9,0*

injcirt er alle 5 Tage 1 Spritze in die Nates (zuerst, weil Gravide sehr verschieden auf Hg reagiren, versuchsweise  $\frac{1}{2}$  Spritze!), so dass die Patientin während der Curdauer (4 Wochen) 5—6 Spritzen erhält. Beginn der Injection in der 13. Woche der Schwangerschaft. Wiederholung der Cur nach 3 Monaten. Bei allen Fällen trotz früherer Aborte nach der Behandlung stets ausge tragene und gesunde Früchte. Bei jeder neuen Conception neue Behandlung erforderlich!

(Festschrift des Vereins der Ärzte des Rgbzk, Düsseldorf. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 Nr. 75).

— Ein Einfluss der frühzeitigen antiluetischen Behandlung auf das Nervensystem, wie er von manchen Gegnern derselben betont wird, welche sagen, eine solche führe zu Schädigungen des Nervensystems, ist nach A. Deutsch (Budapest) durchaus nicht vorhanden, im Gegentheil spricht der Autor nach seinen Erfahrungen folgende Grundsätze aus:

1. Gerade bei solchen syphilitischen Kranken traten Veränderungen im Nervensystem auf, die erst nach Ausbruch der secundären Symptome mit Mercur behandelt wurden. Diese Wahrnehmung findet darin ihre Erklärung, dass eben durch die später eingeleitete Behandlung das syphilitische Gift die Resistenzfähigkeit des erkrankten Individuums verändert.
2. Bei den frühzeitig Behandelten konnte eine Veränderung im Nervensystem nicht nachgewiesen werden, es war demnach die nachtheilige Wirkung der frühzeitigen Behandlung auf das Nervensystem in den beobachteten Fällen nicht zu constatiren. Im Gegentheil scheint die Einleitung einer frühzeitigen Behandlung den Ausbruch der nervösen Zufälle verhindert zu haben. Dieser Umstand könnte derartig gedeutet werden, dass das Gift der Syphilis durch das früh angewendete Mercur paralysirt wird, resp. es verhindert die frühzeitige Behandlung eine Abnahme der Resistenzfähigkeit der Gewebe und auch des Nervensystems.
3. In dem späteren Stadium der S. sehen wir auch, dass die frühzeitig Behandelten keine Veränderung in Nervensystem aufweisen, während bei den später Behandelten, wenn auch bloss functionelle, Störungen im Nervensystem constatirt werden konnten. Für Erkrankungen des Rückenmarks, beispielsweise bei Tabes, die erwiesenermaassen durch S. veranlasst sind, kann die späte oder verspätete, nie aber die frühzeitige Behandlung verantwortlich gemacht werden.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis 1894 Bd. 28 No. 2/3).

**Urethritis.** Dr. O. A. Resnikow (Elisabethgrad i. Russl.) hat einen Fall von **Arthritis gonorrhoeica** beobachtet, der

4 Tage nach dem Coitus mit einem gonorrhöischen Manne eintrat, als bei der Patientin noch keine Erscheinungen einer acuten Gonorrhö bestanden. Der Mann hatte 5 Wochen vor der Hochzeit eine acute Gonorrhö acquirirt, ohne sie dann behandeln zu lassen, es war noch jetzt stark eiteriger Ausfluss vorhanden. In diesem Fall scheinen die Gonokokken bei ihrem ersten Eindringen sogleich die Arthritis veranlasst zu haben; gewiss waren hier die geschlechtlichen Excesse der Hochzeitsnacht von Einfluss, ebenso das Eindringen der Bakterien in eine frische Wunde, das deflorirte Hymen. Afficirt war bloss das eine Kniegelenk, und zwar 2 Monate lang. — Veith hat die Behauptung aufgestellt (Dermatolog. Zeitschrift 1894 Nr. 2. — Excerpta 1894 S. 286), dass nach einmaliger Erkrankung an Gonorrhö niemals Erkrankung der Tube oder des Beckenperitoneums eintritt. Resnikow hat dagegen einige Fälle von Salpingo-perimetritis und -oophoritis nach zweifellos erst einmaliger gonorrhöischer Infection beobachtet! Nach wiederholten Infectionen mit Gonorrhö sind ja sicherlich solche Erkrankungen viel häufiger, aber auch bei einmaliger Infection sind sie möglich, gewiss durch besondere Umstände (z. B. gonorrhöische Infection nach einer Entbindung, Sexualexcesse eines Gonorrhöikers mit einer Virgo) veranlasst.

(Centralblatt für Gynäkologie 1894 No. 32.)

- Dr. Koch demonstirte einen Patienten mit einer **eigenartigen Arthritis gonorrhöica**: 6 Wochen nach der im Juni 1893 erfolgten Infection bemerkte Patient ein Gefühl von Spannung in der linken Hüfte, das nach einiger Zeit wieder verschwand. Dafür aber erhebliche Schwellung des linken Kniegelenkes, die nach einer Woche völlig schwand, aber einer beträchtlichen Schwellung des rechten Knies Platz machte, die ihrerseits nach 8 Tagen fort war, aber von einer Schwellung des anderen Kniees gefolgt wurde. So abwechselnd An- und Abschwellung der beiden Kniee. Im Herbst vorigen Jahres Erguss ins linke Ellenbogengelenk, der aber auch nach einigen Tagen verschwand, um nun abwechselnd mit den übrigen Gelenkschwellungen zu erscheinen. Nie Schmerzen, wohl aber Bewegungshemmung durch die Ergüsse. Die klinische Be-

obachtung (Allerheiligen-Hospital) bestätigte die Angaben: Beide Kniegelenke und das Ellenbogengelenk wurden abwechselnd in unregelmässigen Zwischenräumen befallen, die prallen Ergüsse bildeten sich in 1—2 Tagen aus, bestanden ebenso lange und gingen dann allmählig zurück. Einmal auch mehrere Tage dauernde Schwellung beider Fussgelenke; Haut darüber zeigte kleine Petechien. Schwinden der Gonokokken im Urethralsecret unter Argent. nitric. nach 4, des Ausflusses nach 10 Wochen. Mit dieser Besserung ging eine solche der Ergüsse einher, die Schwellungen kamen seltener und in geringerem Umfange. Eine zu Beginn der Behandlung vorgenommene Probepunction ergab seröse gelbliche Flüssigkeit mit hohem Gehalt an Eiterkörperchen, aber ohne Gonokokken oder andere Bakterien. Trotzdem glaubt Autor, nur gonorrhoeische Arthritis annehmen zu dürfen, wobei freilich das häufige An- und Abschwollen ohne Schmerzen und Entzündungserscheinungen einzig dasteht und unerklärlich ist. Das Fehlen der Gonokokken beweist nichts, diese können ja in der Synovialis sitzen. Gegen die Diagnose „intermittirender Hydrops“ sprachen der reichliche Gehalt des Exsudats an Eiterkörperchen, das Fehlen aller neuropathischen Symptome und das Zurückgehen in Uebereinstimmung mit der fortschreitenden Heilung der Gonorrhöe.

(Schlesische Gesellschaft für Vaterländische Cultur in Breslau. —  
Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 38.)

- Dr. Wilmans (Wilhelmsburg) beobachtete folgenden interessanten **Fall von Tripperrheumatismus**. Patient bekommt im 26. Jahre eine Gonorrhöe. 14 Tage später starke Schmerzen im rechten Ischiadicus. Plötzlich Nachts Schüttelfrost und am nächsten Morgen mächtiger Erguss im rechten Knie. Erst nach  $2\frac{1}{2}$  Monaten Besserung, während das Knie noch lange wegen Schwellung und Schmerzen mittelst Gummibinde comprimirt werden musste. 1 Jahr nach der vollkommenen Genesung neue Gonorrhöe. Nach 14 Tagen Schmerzen und Schwellung im linken Knie. Krankheitsdauer über 2 Monate. Alle inneren Mittel, wie das 1. Mal, erfolglos. Linderung nur durch Bäder und Gummibinde.  $1\frac{1}{2}$  Jahr später 3. Gonorrhöe. In der 3. Woche nach der Infection Nachts plötzlich starke Schmerzen im rechten

Ischiadicus und im Fussgelenk der rechten grossen Zehe; hier starke Schwellung. Erkrankung ganz unter dem Bilde einer Ischias und Gicht verlaufend und fast 3 Monate anhaltend. Nach 2 Jahren abermals Tripper und 14 Tage darauf Schmerzen im rechten Knie, wenige Tage später Schmerzen und Schwellung im linken Knie, ebenso im Handgelenk des rechten 4. Fingers und Fussgelenk der 4. Zehe, endlich noch unerträgliche Schmerzen in den Hüftgelenken und der Nackenmuskulatur. Erst nach  $\frac{1}{2}$  Jahr Heilung. — Dieser Fall zeigt, dass es wirklich einen „Tripperrheumatismus“ giebt, indem hier das Zusammentreffen von Gonorrhöe und dem Rheumatismus kein zufälliges sein kann. Er zeigt auch, wie langwierig die Affection verlaufen kann. Sie kann event. so gefährlich werden, dass jugendfrische Individuen zu Krüppeln werden können. Man sollte jeden Tripperkranken bei den geringsten Nerven- oder Gelenkschmerzen unerbittlich sofort ins Bett und Bad stecken, denjenigen aber, welcher bereits einen Tripperrheumatismus durchgemacht hatte, aufs strengste ermahnen, der Gefahr fernerhin möglichst auszuweichen, da die Thatsache erfahrungsgemäss feststeht, dass die Affection stets die Tendenz hat, wenn einmal als Complication eines Trippers aufgetreten, sich bei Neuinfectionen zu wiederholen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 38.)

— Dr. Moritz Fürst (Hamburg, altes allgem. Krankenhaus) hat die **Janet'sche Abortivbehandlung der Gonorrhöe** (siehe Excerpta, Jahrgang II S. 81) bei 33 frischen Fällen versucht, aber ohne das vom Autor verheissene Resultat. Die Heilung war nur ausnahmsweise in 1—2 Wochen beendet, meist brauchte man viel länger Zeit, nicht selten kam es überhaupt nicht zur Heilung. Ausserdem traten öfters während der Behandlung unangenehme Complicationen ein (4 Mal diffuse Infiltrationen des Corpus cavernosum urethrae, 1 Mal Prostataabscess, 2 Mal Periurethralabscesse, mehrere Male Cystitis, 1 Mal Ohnmachtsanfall bei jeder Irrigation). Autor resumirt:

- 1) Durch die von Janet angegebenen Auswaschungen der Harnröhre mit Kal. permang.-Lösung wird eine „seröse Reaction“ der Harnröhrenschleimhaut, d. h.

eine profuse wässerige Secretion hervorgerufen, bei welcher in einzelnen Fällen die Gonokokken thatsächlich in kurzer Zeit definitiv verschwinden.

- 2) In der Mehrzahl der Fälle muss jedoch die Behandlung lange Zeit fortgesetzt werden, und in manchen Fällen führt sie überhaupt nicht zum Ziel.
- 3) Ausserdem aber giebt sie, ganz abgesehen von ihrer Schmerzhaftigkeit, sehr leicht zu dem Auftreten ernstere Complicationen Anlass und ist daher für den Patienten überhaupt nicht ganz unbedenklich.

Aus diesen Gründen glauben wir von einer Anwendung der Janet'schen Methode abrathen zu müssen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 36.)

— H. Müller (Berlin) hat Injectionen von Gallobromol bei acuter Gonorrhö gemacht, ist aber nicht zu so günstigen Resultaten gelangt, wie Letzel (s. Excerpta, Jahrgang III. S. 371), welcher das Mittel 4  $\times$  täglich (1% Lösung) injicirte und bei den meisten Fällen schon in 10 Tagen den Ausfluss schwinden sah, so dass er dem Gallobromol eine secretionshemmendere Wirkung zuweist, als dem Thallin, Resorcin, Zink. sulfuric. und Ichthyol. Müller konnte nicht ein so rasches Verschwinden des Ausflusses constatiren, und auch die sedative Wirkung des Gallobromols, die Letzel hervorhob, blieb aus; weder das Brennen beim Uriniren, noch die quälenden nächtlichen Erectionen wurden durch das Mittel wesentlich beeinflusst, während locale Application kalter Umschläge die Beschwerden stets prompt milderte. Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Jadassohn'schen, die Ichthyol-Therapie betreffenden, so steht Folgendes fest:

- 1) Im acuten Stadium der Blennorrhö lässt sich Ichthyol im Gegensatz zu Gallobromol ohne Schmerzen für den Patienten einspritzen.
- 2) Das Ichthyol (1% Lösung) mildert Blennorrhö in kürzerer Zeit, als das Gallobromol, wird daher eher Complicationen zu hindern vermögen.
- 3) Die Einwirkung beider Mittel auf die Gonokokken ist unwesentlich.
- 4) Das Ichthyol erspart den Patienten die rothen Gallobromolflecke in der Wäsche, die sich zwar durch Anwendung von Citronensäure beseitigen

lassen, aber zumal bei einem nicht prompt wirkenden Mittel eine recht unangenehme Beigabe bilden.

(Dermatologische Zeitschrift 1894 No. 6.)

**Urticaria.** Joseph stellt einen Fall von *U. pigmentosa* vor: 19 jähriger Bäcker, schon seit frühester Kindheit erkrankt, indem er immer Quaddeln, im Anschluss daran Pigmentirungen bekam, sodass an den betreffenden Stellen Flecke zurückblieben. Das Leiden besteht noch jetzt: am ganzen Körper sind mehr oder minder grosse braune Flecke zu sehen, und, wenn man den Patienten schlägt oder reibt oder knipst, so entsteht eine Quaddel; im allgemeinen hat aber die Quaddelbildung nachgelassen, die Pigmentirungen aber bleiben (auch im Gesicht sieht man solche). Aetiologie des Leidens unbekannt. Prognose günstig: die Quaddelbildung hört allmählig auf, nur die Flecke bleiben. Atropin und Natr. salicyl. sind ohne Erfolg angewandt worden.

(Berliner dermatolog. Vereinigung, 12. Juni 1894. — Monatshefte für prakt. Dermatologie 1894 Bd. XIX No. 4.)





## Vermischtes.

---

Ueber das Resorbin und seine Verwendung als Salbengrundlage macht jetzt (s. auch Excerpta, v. Jahrg. S. 242) Dr. R. Ledermann (Berlin) speciellere Mittheilungen: Bekanntlich zeichnet sich das Resorbin durch eine ausserordentliche Penetrationskraft für die Haut aus, so dass die Salbe schon bei gelinder Massage schnell in der Haut verschwindet und nur einen geringen Fettrückstand auf derselben zurücklässt. Vermöge seines Wassergehaltes wirkt Resorbin nun als Kühlsalbe, d. h. jucklindernd und entzündungswidrig. Es eignet sich daher sehr zur Verwendung bei **Pruritus nervosus**, namentlich **senilis** (zweckmässig mit 5—10% Tumenol) und bei **Prurigo** (als Constituens für Naphthol- und Schwefelsalben), ist dagegen nicht verwendbar bei allen mit starker Secretion einhergehenden Affectionen, namentlich bei **Ekzema madidans** und stark eiternden Wunden. Sehr zweckmässig ist es zur Beseitigung von Schuppen und Krusten bei **Ekzema impetiginosum et crustosum**, bei **Psoriasis**, **Seborrhoëa sicca** (empfehlenswerth Combination mit Salicyl oder Schwefel), ferner zur Behandlung der **Ichthyosis** und ebenso **artificieller Dermatitis**. Recht geeignet ist es ferner bei **subacuten und chronischen Ekzemen** (Combination mit Acid. boric., Acid. salicyl., Schwefel, Zink. oxyd., Hydrarg. praec. alb. und namentlich Theer), wobei, da das Fett rasch in die Haut einzieht, umfangreiche Verbände vermieden werden und eine nur wenig fettige Haut zurückbleibt (daher zu empfehlen besonders bei infantilen Gesichtsekzemen!). Will man dem Resorbin zugleich die Eigenschaften einer imbibirenden und deckenden Salbe verleihen, so empfiehlt sich die Combination mit Lanolin ää. Zu empfehlen ist ferner Resorbin bei Behandlung von:

- 1) **Lichen ruber und Psoriasis**: 10% Chrysarobinsalben, auf isolirte Stellen mit einem Borstenpinsel

aufgetragen, verschwinden schnell in der Haut und machen einen Schutzverband überflüssig; der Verbrauch der Salbe ist ein geringer, da, je spärlicher die Salbe aufgetragen wird, um so schneller die Imprägnation der Haut erfolgt, um so intensiver die Wirkung ist.

- 2) **Scabies**, wobei eine wirksame, ambulante und bequeme Behandlung durchzuführen ist, da Resorbin die Nachteile der früheren Methoden (bemerkbarer Geruch der Heilmittel, Beschmutzung und Einfettung der Wäsche) vermöge seiner Eigenschaften auf ein Minimum reducirt. Autor behandelt jetzt folgendermaassen: Perubalsamsalben werden nur bei Kindern und bei erwachsenen Kranken mit ausgedehnten erosiven Kratzeffecten und Ulcerationen, namentlich an den Geschlechtstheilen ordinirt. Hier 30% Perubalsamresorbinsalbe 4 Mal im Laufe von 2—3 Tagen eingerieben, darüber leicht Puder. In allen anderen Fällen werden benützt Naphtholsalben (10%) mit Zusatz von Schwefel (6%). Gleichfalls 3—4 maliges Einreiben im Laufe von 2—3 Tagen (die Salbe zieht ungemein rasch ein und riecht nicht). Unmittelbar nach der letzten Einreibung Wechsel der Bett- und Leibwäsche, sowie Desinfection sämmtlicher, während des Bestehens der Affection getragenen Kleidungsstücke mittelst heissen Wasserdampfes. Zur Nachbehandlung 30% Zinkoxydresorbinsalbe. Am 6. Tage nach der Einreibung mit Naphthol warmes Bad.
- 3) **gut granulirenden Wunden**, wo das Resorbin als Constituens für Tumenol, Jodoform, Argent. nitric. und Perubalsam dient (Jodoform verliert dabei sehr an Geruch). Perubalsamresorbinsalbe sehr gut auch zur Nachbehandlung von Lupus.
- 4) **Syphilis** in Form von Unguent. Hydrarg. ciner. c. Resorb. parat. ( $33\frac{1}{3}\%$  Quecksilber, also gleich dem officinellen Präparat). Vorthelle: sehr kurze Zeit der Einreibung, grösste Reinlichkeit, Geruchlosigkeit. Erwachsene pro dosi 3 gr, am besten ad tubam graduatam. (30 gr = 75 Pf.) Diese aus Glas bestehenden Tuben (man erhält sie von der Actiengesellschaft für Anilinfabrikation, Berlin SO., welche überhaupt das Resorbin herstellt) besitzen einen ver-

schiebbaren Boden aus Kork, welcher mit einem der Tube beigegebenen Holzstab beliebig bewegt werden kann; an der Wand der Tube befindet sich eine 30 theilige Scala, in der jeder Grad 1 gr Salbe bedeutet, sodass der Patient mittelst des Stengels die Salbe grammweise herausbefördern kann, während der Rest vor jeder Verunreinigung geschützt bleibt. Die Application der Salbe erfolgt entweder a) in Form von Überstreichungen nach Welanders, die besonders indicirt sind, wenn grössere Hautflächen geschwürigen Zerfall zeigen, so dass ein methodisches Einreiben ausgeschlossen ist. Man streicht Abends 6 gr mit einem Spatel auf eine Extremität, verbindet mit einem Leinwand- oder Lintlappen. Dann Bett-ruhe. Sorgfältigste Mundpflege: 3 stündl. Gurgeln mit Liq. Alumin. acet. (1 Theelöffel auf 1 Glas Wasser) und mehrmaliger täglicher Gebrauch der Kali-chloric. Zahnpasta (von P. Beiersdorf & Co., Hamburg. Preis pro Tube à 75 gr = M. 1). b) in Form der gewöhnlichen Schmiercur. Am 1. Tage linkes Bein bis zur Hüfte, am 2. rechten Arm mit der entsprechenden Brust-, Bauch- und Rückenseite, am 3. und 4. entsprechend die andere Körperhälfte einreiben, immer unter Vermeidung behaarter Stellen. Am 5. Tage protrahirtes Wannenbad und nach dem Bade sofort die 5. Inunction. Nach der 8. Einreibung Dampfbad. Bei gleichzeitig bestehendem Exanthem des Gesichtes und der behaarten Kopfhaut ausserdem folgende Salbe Tag und Nacht aufzutragen:

**Rp.**

*Bismuth. subnitric. 10,0*  
*Hydrarg. praecip. alb. 15,0*  
*Resorbin 85,0.*  
 M. f. ung.

Auch am Tage lässt sich diese Salbe appliciren, da sie sehr rasch in der Haut verschwindet.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1894, Bd. XIX No. 2.)

— Auch Dr. F. Hahn (Bremen) hebt die **Vorzüge des Resorbins** hervor, das er bereits verschiedentlich mit Erfolg benützt hat. Infolge seiner Eigenschaften eignet es sich z. B. sehr

zur Behandlung von Ekzemen im Gesicht und von Akne junger Mädchen. Denn lässt man eine Resorbinsalbe 1—2 Minuten einreiben, so verschwindet sie fast gänzlich und so kann man die Patienten viel leichter dazu bringen, regelmässig Salben mit Resorcin, Schwefel u. s. w. zu gebrauchen. Schwefelpomade in dieser Form z. B. ist bei den Patientinnen sehr beliebt. Auffallend günstiger Erfolg bei 2 Fällen von Pruritus vulvae mit secundärem Kratzekzem bei älteren Frauen. Sehr zufrieden war ein an Ichthyosis leidender Patient, dem Salicylresorbin rasche Besserung und Linderung schafte. In einem Falle von sehr hartnäckiger Sycosis parasitaria verhinderte (nach gründlicher Auskratzung und Heilung der Wunden unter Salicylumschlägen) eine leichte Naphtholresorbinsalbe die Entwicklung neuer Heerde. Die Hauptbedeutung des Resorbins liegt aber in der Syphilistherapie: die Wäsche wird nicht so beschmutzt, man braucht nur 10—12 Minuten reiben zu lassen und die Procedur ist sehr sauber! Die Erfolge sind sehr zufriedenstellend. (Ibidem.)

Über **Salicin und Saligenin** macht Dr. L. Lederer (München) folgende Mittheilung: Salicin, als Ersatzmittel des Chinin, (vor demselben hat es wesentliche Vorzüge: es ist weniger giftig und wird in grossen Dosen vertragen) mit Erfolg bei Malaria, Rheumatismen, Neuralgieen, Lumbago, Influenza, Typhus angewandt, ist das Glykosid des Saligenins (des Salicyl- oder Orthophenol-Alkohols). Die Wirkung des Salicins ist aber dem Saligenin zu verdanken; dieses, dessen Ausscheidung im Organismus stattfindet, ist der eigentlich wirksame Bestandtheil, der im Salicin freilich nur zu 43% enthalten ist. Saligenin, das demnach rein in viel kleineren Dosen angewandt werden könnte, ist deshalb bisher nicht benützt worden, weil sein Preis ein 15fach höherer war; es wurde bisher immer noch aus dem Glykosid durch Fermentwirkung erhalten, die Herstellung auf künstlichem Wege gelang nicht. In neuester Zeit ist diese Aufgabe nun von der chem. Fabrik Dr. F. v. Heyden Nachf. (Dresden-Radebeul) gelöst worden, indem Phenol und Formaldehyd verkettet wurden.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 Nr. 31).

Betreffs der verdauenden Kraft der Pepsinweine hat Dr. Th. Geuther Laboratoriumsversuche angestellt, deren Resultat ist, dass sich die Pepsinweine nach dieser Richtung hin so verhalten, dass ihre Reihenfolge, geordnet nach der Grösse der verdauenden Kraft folgende wäre:

1. R. Schering's „Pepsin-Essenz“ (Berlin)
2. G. Dallmann's „concentrirter Pepsinsaft“ (Gummersbach Rhl.)
3. Pepsinwein Ph. H. III.
4. C. Blell's „aromatischer Pepsinwein“ (Magdeburg)
5. C. H. Burk's „Pepsinwein“ (Stuttgart).

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 Nr. 64).

Um Instrumente vor Rost zu schützen, tauche man sie, nachdem sie in erwärmter Luft getrocknet sind, in eine Lösung von 1 Th. Paraffinöl in 200 Th. Benzin, bewege Zangen und Scheeren unter dieser Flüssigkeit, damit letztere auch in die Spalten eindringe und lege sie dann zum Abdunsten des Benzins in einem trockenen Raume auf einen Teller. Nähnadeln werfe man einfach in die Paraffinlösung, nehme sie mit einer Pincette heraus und lasse sie auf einem Teller trocknen.

(Pharmac. Centralhalle 1894 Nr. 28).



## Bücherschau.

---

**Zur Behandlung der Lungentuberculose mittels Koch'scher Injectionen.** Von Dr. E. Thorner, Sanitätsrat in Berlin. Berlin 1894. Verlag von S. Karger. 36 S. Preis: Mk. 1.—.

Die Tuberculinfrage gilt heutzutage für die meisten Aerzte als abgethan, man pflegt ihr bloss noch mit Kopfschütteln und Achselzucken zu begegnen. Wir glauben nicht, dass es recht ist, die Koch'sche Entdeckung so ganz ad acta zu legen, wir glauben vielmehr, dass der Arzt die Pflicht hat, dem Gegenstande weiter ein gewisses Interesse zuzuwenden und die Arbeiten derjenigen, welche sich auch praktisch noch mit dem Tuberculin beschäftigen, zu studiren. Einer derjenigen, die der Koch'schen Sache treu geblieben sind, ist Thorner, der schon mehrfach das Thema litterarisch bearbeitet hat. Die jetzige Publication giebt die Erfahrungen des Autors wieder, die er am Schluss des Werkchens folgendermaassen zusammenfasst: „Die vorsichtig geleitete Tuberculin-Behandlung mit kleinsten Dosen beginnend, birgt keine der Gefahren, auf die zuerst aufmerksam gemacht zu haben das hohe Verdienst Virchow's ist. Sie ist im stande, beginnende Lungentuberculose zu heilen, vorgeschrittene erheblich zu bessern und den Kranken von einer Anzahl von Krankheitserscheinungen zu befreien, gegen die man bisher vergeblich ankämpfte. Gute Pflege und Aufenthalt in als bewährt erkannten Curorten unterstützen die Tuberculincur, sind aber meist nicht im Stande, dieselbe zu ersetzen. Sie stellt das wichtigste Heilmittel in der Behandlung der Tuberculose dar, und es ist Pflicht eines jeden Arztes — wenn auch nicht dieselbe selbst auszuüben — so doch sich mit ihren Resultaten vorurtheilsfrei bekannt zu machen!

**Lehrbuch der Kinderkrankheiten.** Von Dr. Philipp Biedert. Stuttgart 1894. Verlag von Ferdinand Enke. 660 S.

Das Werk ist der ärztlichen Welt ein alter guter Bekannter. Es ist die 11. Auflage des einst von Prof. A. Vogel herausgegebenen Buches, deren letzte 3 Auflagen aber bereits von Biedert

bearbeitet worden sind. In dieser Auflage ist nun bereits, dem modernen Aufschwung der Pädiatrik zur Folge, den der Verfasser voll und ganz zu benützen wusste, das ursprünglich von Vogel Gelieferte zu einem so geringen Reste zusammengeschrumpft, dass Biedert mit vollem Rechte das Lehrbuch jetzt unter seinem Namen der Mitwelt übergibt. Dass das Werk so viele Auflagen erlebte, zeigt wohl zur Genüge, dass der Werth desselben erkannt und gewürdigt wurde. Die vorliegende Auflage wird aller Voraussicht nach ebenfalls in gar nicht langer Zeit von einer weiteren gefolgt sein, trotzdem gerade kein Mangel an Lehrbüchern der Kinderkrankheiten herrscht. Aber die stricte Präcision in der Ausdrucksweise, die dem Verfasser gestattet, eine Fülle von Stoff auf einen kleinen Raum zusammenzutragen, die Klarheit und Einfachheit der Diction, die sachgemässe Beschränkung auf das praktisch Wichtige, die Lückenlosigkeit der Darstellung, die es dem Leser ermöglicht, auf jede Frage Antwort zu erhalten, welche das Gebiet der Pädiatrik betrifft, die praktische Verwerthbarkeit der therapeutischen Angaben, das sind eben Vorzüge, die das Vogel-Biedert'sche Werk auszeichnen und die es stets dem Praktiker beliebt machen werden.

**Die möglichen und erlaubten Grenzen einer Prophylaxe der Tuberculose.** Von Dr. A. Haupt in Bad Soden. Berlin 1894. Verlag von Eugen Grosser. 33 S.

Dieser Sonder-Abdruck aus der „Deutschen Medicinal-Zeitung 1894 No. 31—34“ entspricht im Wortlaut einem vom Verfasser auf dem XI. internationalen medic. Congress in Rom gehaltenen Vortrage, sodass der Inhalt manchem unserer Leser bereits bekannt sein dürfte. Wer ihn noch nicht kennt, sollte sich mit ihm bekannt machen, denn er ist lehrreich und interessant. Die Schlussfolgerungen des Autors mögen hier ihren Platz finden:

„Die gegenwärtig maassgebenden und noch in Berathung stehenden prophylaktischen Maassregeln hinsichtlich der Tuberculose stützen sich einzig und allein auf die Lehre von der Contagiosität der Phthise. Die ärztliche Erfahrung steht nicht im Einklang mit dieser Lehre, nimmt vielmehr als hauptsächlichste Ursache der Verbreitung der Tuberculose die Erblichkeit an.

Diese Verbreitungsart zu beseitigen ist in der Hauptsache unmöglich; möglich aber ist ein Erfolg in der Bekämpfung der Hilfsursachen, welche für die Entwicklung der Krankheit den Ausschlag geben. Unsere Prophylaxe muss desshalb das ganze Gebiet der Hygiene umfassen. Was wir zur Erhöhung der Widerstandskraft des kindlichen Organismus thun, was wir zur Verbesserung der bio-

logischen Bedingungen der heranwachsenden Generation und zur Milderung der socialen Schäden für die arbeitende und ihr Geschlecht fortpflanzende Menschheit überhaupt zu leisten vermögen, leisten wir im Dienste der Prophylaxe der Tuberculose. Aus der Unzulänglichkeit unserer Mittel, die hygienischen Verbesserungen für die Menschheit auf die höchste Stufe der Vollkommenheit zu bringen, ergeben sich die möglichen und erlaubten Grenzen für die Prophylaxe der Tuberculose. Der Medicin fällt nicht die Aufgabe einer Vorsehung zu und noch weniger das Amt einer strengen Polizei, wo es sich um Aufklärung der competenten Behörden und um Liebeswerke der Humanität handelt. Schon mehrten sich unter dem Einflusse der contagionistischen Lehre die Nothrufe der egoistischen Gesunden nach Anzeige der Kranken und deren Isolirung. Mögen sich angesichts der Thatsache, dass diese Lehre bislang nur durch Hypothesen und in der Hauptsache durch die willkürliche Uebertragung des Thierexperiments auf die wirklichen Lebensvorgänge begründet ist, die staatlichen Behörden aller Länder des warnenden Beispiels von Neapel erinnern und sich vor Ueberstürzung hüten. Alle Aerzte aber, die ja doch vorzugsweise Menschenfreunde sein sollen, mögen sich zusammenthun, um Maassregeln zu verhindern, welche die auf Tuberculose verdächtigen oder bereits daran sichtbar kranken Individuen in die Stellung der Aussätzigen des Mittelalters bringen müssen. Dann können wir uns auch trösten, bezüglich der Prophylaxe der Tuberculose die Grenzen unseres Könnens so enge gezogen zu wissen!

**Die atonische Magenerweiterung und ihre Behandlung.** Von Dr. C. Wegele in Bad Königsborn. München 1894. Verlag von J. F. Lehmann. 28 S. Preis: M. 1.—.

Eine recht lesenswerthe Monographie, welche besonders auf die Therapie Gewicht legt und daher für den prakt. Arzt, der in den üblichen Lehrbüchern zu wenig über die wichtige Affection verzeichnet findet, eine nützliche Bereicherung seiner Bibliothek bedeutet. Autor selbst hebt am Schlusse folgende Punkte noch einmal in zusammenfassender Weise hervor:

1) Für die Diagnose der Magenerweiterung und der durch sie bedingten motorischen Insufficienz kommen nachstehende Momente in Betracht: a) Regelmässiger Befund von Speiseresten bei morgendlicher Magenspülung nach mässiger Probeabendmahlzeit. b) Wesentliche Abnahme der täglichen Harnmenge. c) Nachweis der Magengrenzen durch Percussion nach Anfüllung mit Wasser (eventuell nach Aufblähung mit CO<sup>2</sup> oder Luft).



2) Die Hauptgefahren der Magenerweiterung liegen in der durch motorische Insufficienz bedingten Wasserverarmung der Gewebe, in zweiter Linie in der gesamten Unterernährung des Organismus.

3) Zu einer erfolgreichen Behandlung des Leidens ist bei Einhaltung einer strikten Trockendiät regelmässige Flüssigkeitszufuhr vom Darm aus in ausreichender Menge (eventuell künstliche Ernährung) absolut erforderlich; zur Entlastung des Magens sind tägliche Magenspülungen am besten früh morgens vorzunehmen und so lange fortzusetzen, bis sich der Magen dauernd als leer erweist.

4) Zur Unterstützung der Behandlung kann eine Correctur des Chemismus der Magenverdauung, sowie die Anwendung von Elektrizität und Massage von Nutzen sein.

5) Die atonische Magenerweiterung kann auf diese Weise in nicht zu veralteten Fällen zur völligen Heilung gebracht werden, wenn auch meistens eine Atonie zurückbleiben dürfte. Für solche Formen, welche sich als einer Rückbildung nicht fähig erweisen, kommt die Verkleinerung des Magens durch Faltenbildung nach Bircher oder die Gastroenterostomie in Betracht.

6) Das obenangeführte Regime vermag wahrscheinlich einen Theil der Gefahren, die mit operativen Eingriffen in der Bauchhöhle verbunden sind, zu verringern und bei nicht operabler carcinomatöser Stenose des Pylorus die Beschwerden zu lindern und die Inanition hinauszuschieben.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Grützner in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 3.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*December*

*IV. Jahrgang*

*1894*

---

**Agrypnie.** Dr. C. Schaumann (Halle, medic. Poliklinik) hat über den **Einfluss des Sulfonals und Trionals auf den Stoffwechsel des Menschen** Untersuchungen angestellt. Dieselben ergaben, dass beide Mittel selbst in grossen Dosen den Stoffwechsel nicht beeinflussen, also eine Störung des Eiweisszerfalles im Organismus nicht ausüben.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 8.)

— Dr. H. Hildebrandt (Elberfeld, pharmakolog. Laboratorium) beweist experimentell, dass die **beste Darreichungsart für Trional** die in kohlen-saurem Wasser ist, welches die Resorptionsfähigkeit des Mittels erhöht und die Wirkung beschleunigt, sodass dann kleinere Mengen des Mittels schon ausreichen, um den beabsichtigten Effect zu erzielen.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 63.)

**Arthritis urica.** Stabsarzt Dr. E. Grawitz (Berlin, II. medic. Klinik) versuchte ein von Prof. Ladenburg (Breslau) dargestelltes neues Mittel, das Aethylenaethenyl-diamin, genannt „**Lysidin**“, welches die 5fache harn-säurelösende Wirkung des Piperazin haben sollte, bei 2 Gichtkranken, denen er in steigender Dosis 1—5 gr in 500 ccm kohlen-saurem Wasser täglich gab. Der 1. Patient hatte einen acuten Gichtanfall, der durch das Mittel in kurzer Zeit sehr günstig be-

einflusst wurde; als während der Behandlung das Mittel einige Tage ausgesetzt wurde, verschlimmerte sich das Leiden sofort wieder, um bei erneuter Medication sich rasch zu bessern und zu verschwinden. Der 2. Patient zeigte ausser Schmerzhaftigkeit und Schwerbeweglichkeit einiger grosser Gelenke stark ausgesprochene chronisch-gichtische Veränderungen: an der rechten Hand Verdickungen am 1. Phalangealgelenk des Mittelfingers, einen erheblich über haselnussgrossen, röthlichgelb durchscheinenden Tophus über dem Metacarpophalangealgelenk des Zeigefingers, ähnliche Tophi an verschiedenen Gelenken der linken Hand und Finger, einen besonders auffälligen, etwa wallnussgrossen, wie ein Sporn über der Achillessehne rechts, ferner einen Knoten an der Ohrmuschel und endlich ein gelbes Knötchen von harter Consistenz am freien Rande der Epiglottis, etwas rechts von der Mitte. Eine mehrmonatliche Cur (Lithion salicyl. und carbonic., reichlich alkalische Wässer) hatte höchstens die Schmerzen an den grossen Gelenken gebessert, die anderen Veränderungen aber gar nicht beeinflusst. Schon einige Tage nach der Ordination des Lysidin zeigte die Epiglottis da, wo das Knötchen gesessen, eine spitzwinklige Einkerbung, und man sah nur noch einen kleinen Punkt, sehr bald verloren auch die anderen Tophi ihre röthliche Färbung und verkleinerten sich zusehends, und binnen kurzem konnte der Kranke mit ganz geringen Resten der Knoten entlassen werden, zumal auch die Schmerzhaftigkeit und Schwerbeweglichkeit an den grossen Gelenken eine auffällige Besserung erfahren hatten.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 41.)

**Aspermatismus.** Dr. Joseph Winter (Budapest) beobachtete einen Fall von „temporärem Aspermatismus,“ einer Affection, bei der das Sperma beim Coitus zwar in die Harnröhre eintritt, aber wegen eines angeborenen oder erworbenen (meist Gonorrhö!) Hindernisses aus derselben nicht austreten kann oder erst nach vollendetem Coitus austreten kann, sodass in jedem Fall eine Befruchtung nicht stattfinden kann. Der Patient übt den Coitus selbst normal aus und er fühlt das Hineingelangen des Spermas in die Urethra,

dabei einen brennenden Schmerz in der retrostricturalen Stelle der Harnröhre (in der Regel ist das Grundübel eine gonorrhoeische Stricture!) empfindend, aber herausgeschleudert wird der Samen nicht, und es kommt zu keiner richtigen Befriedigung. Ist der Sitz der Stricture die Pars pendula, so fließt das Sperma nach Erschlaffung des Penis tropfenweise ab, ist der Sitz mehr rückwärts, in der Pars membranacea, so regurgitirt oft die ganze Spermamenge in die Blase; der nach dem Coitus gelassene Harn ist trüb, und bei der Untersuchung desselben kann man Spermatozoen finden. Der Patient hat oft gar keine Ahnung von dem Vorhandensein der Stricture, zumal das Uriniren nicht behindert zu sein braucht. Nach Curschmann sind es drei Momente, welche den Durchlass des Urins gestatten, den des Spermas nicht: 1. Dass die stricturirte Stelle in erschlafftem Zustande des Gliedes nachgiebig und durchlässig ist, bei der Erection durch besonders ungünstige Anordnung der Narbensubstanz ihre Gestalt so ändert, dass sie minder permeabel wird; 2. ist das Sperma dickflüssiger und passirt eine verengerte Stelle schwerer, als der Urin; 3. ist der Ejaculationsdruck schwächer, als der Druck, welcher von der Blase zum Austreiben des Urins angewendet wird. Manchmal kommt A. selbst bei ganz weiter Stricture vor. Auch bei des Autors Fall, welcher auf gonorrhoeischer Stricture beruht, war letztere Charrière No. 18. Durch eine Dilatationscur gelang es, die Stricture zu heilen, und damit verschwand auch der A. vollständig.

(Wiener medic. Presse 1894, No. 44.)

### **Combustio.** Starr empfiehlt:

Rp.

*Liq. ferri sesquichlorat. 3,0*  
*Vaselin. 24,0*

M f. ung.

Die Salbe soll bei oberflächlichen Brandwunden die Schmerzen lindern und Blasenbildung verhüten, bei Geschwüren nach tieferen Verbrennungen aber auch gute Dienste leisten.

(La Sem. med. 1894 No. 35. —  
Therap. Monatshefte 1894 No. 9.)

**Dermatomyositis acuta.** Ausser den schweren, oft tödtlich endigenden Fällen dieser seltenen (in Schlesien häufiger) beobachteten Affection, die jedenfalls infectiösen Ursprunges ist, giebt es auch leichtere Fälle, die wahrscheinlich durch abgeschwächte Kokken veranlasst wird und sich also von jener septischen Form nur durch die Virulenz der Kokken unterscheidet. Dr. H. Herz (Breslau, Allerheiligenhospital) giebt nun ein Bild dieser leichten Fälle, welche durch Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Muskeln, durch Röthung und Hyperästhesie der Hautdecken charakterisirt sind und in praxi jedenfalls häufig mit „Muskelrheumatismus“ oder „anaemischen Muskelschmerzen“ verwechselt werden. Die Patienten (meist jugendliche Personen weiblichen Geschlechts) bekommen in der Regel leichtes Fieber, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, belegte Zunge, und bald beginnt auch die Affection an Haut und Muskeln. Hauptsitz, zuweilen der einzige: Unterschenkel, Wadenmuskeln, etwas weniger die vom Nervus peroneus versorgte Musculatur, ferner Vorderfläche der Tibia. Von da weitere Ausdehnung auf Unterarme, Oberschenkel, Hüften, seltener Oberarme, Schultern. Die Muskeln sind geschwollen und von eigenthümlich derber Consistenz: bei Druck, passiver Spannung, schwerer Muskelarbeit schmerzen sie sehr. In dem befallenen Gebiet (manchmal nicht über das ganze verbreitet, andererseits aber manchmal dasselbe überschreitend) erscheint ein livid röthliches Erythem, das sich diffus verliert oder scharfzackig endigt. Haut an den befallenen Parthieen sehr empfindlich (besonders auf Druck) und leicht ödematös; Erythem manchmal Abends viel ausgeprägter. Nicht selten neben dem grösseren Erythem noch kleinere, auch nur Roseolaflecke. Hauttemperatur im afficirten Gebiet stark erhöht. Process nicht immer auf Muskeln und Haut beschränkt, sondern manchmal Sehnen und deren Scheiden miterkrankt (besonders Sehnen am Fussgelenk verdickt und schmerzhaft), zuweilen auch Gelenke. Manchmal Beginn der Erkrankung mit Angina, manchmal während der Erkrankung Milzschwellung. Nach einigen Tagen, spätestens 2 Wochen Fieber fort, Allgemeinbefinden gebessert, vielleicht auch die Localerscheinungen abgelaufen; meist aber bleiben letztere längere Zeit bestehen, während welcher Verschlimmerungen mit Besserungen abwechseln, die Affection nach Abheilen einer Körperregion

andere befällt u. s. w., bis endlich der Process endgültig abgeschlossen ist. Therapie: in der ersten Zeit Hochlagerung und Watteeinpackungen, später öftere lauwarme Bäder.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 41.)

- Dr Buss (Bremen) beobachtete einen **Fall, der die charakteristischen Symptome darbot**. Es bestanden jene acut auftretenden, diffusen, schmerzhaften Anschwellungen zahlreicher Muskeln, und vorwiegend der der Extremitäten und die über den geschwollenen Theilen sich zeigenden Hautausschläge, bestehend in Erythemen und einem masernartigen Exanthem, und zwar nicht allein über den geschwollenen Muskeln, sondern auch am Stamme, an Bauch und Brust. Die Muskeln wiesen jene teigartige Consistenz auf, profuse Schweisse bestanden und Fieber, sowie eine Vergrösserung der Milzdämpfung fehlten nicht. Auffällig waren Darmblutungen, welche 3 Mal auf der Höhe der Krankheit eintraten; am 8., 9. und 10 Tage, als die Muskelschwellungen ihren Höhepunkt erreichten, fand sich hellrothes, flüssiges Blut im Stuhl, 1 Theebis 1 Esslöffel. Einige Tage nach dem Abschwellen der Muskeln zeigte es sich, dass auch unter der Haut oder in den oberen Schichten der entzündeten Muskeln Blutungen stattgefunden hatten, denn es traten dann dieselben Verfärbungen auf, wie nach einem Schlag oder Stoss. Endlich bildete sich wieder einige Tage später eine Stomatitis aus, die bald die Neigung zu Blutungen in hohem Grade zeigte. Es hatte sich also, wie es schien, eine hämorrhagische Diathese ausgebildet. Die Darmblutungen konnten nicht auf mechanischen Verletzungen, Haemorrhoiden oder ulcerösen Processen beruhen, da nichts dafür sprach, ebenso konnte es sich bei der Stomatitis nicht um Scorbut handeln. Die Stomatitis zeigte sich ziemlich spät, nachdem viele Tage vorher, von Beginn des Leidens an eine leichte Angina bestanden hatte. Ob letztere sich nach vorn weiterverbreitet hat, erscheint zweifelhaft; dafür spricht der Umstand, dass die Stomatitis sich von hinten nach vorn ausbreitete und zuletzt das Zahnfleisch befiel, dagegen ausser dem späten Erscheinen der Stomatitis die Verschiedenheit der Intensität des Processes, da ja die Angina ganz leichter, die Stomatitis aber schwerer Art war. Vielleicht war die Stomatitis nur als Be-

gleiterscheinung einer Infectiouskrankheit aufzufassen. Auffallend endlich war bei dem Falle eine sehr frequente Herzaction bei relativ niedriger Temperatur. Eine Herzaffectio liess sich nicht nachweisen, der Puls war ein „Erregungspuls“ mit hohen, hüpfenden Wellen. Es kann sich bloss um eine Reizung handeln, die jedenfalls durch ein Bakteriengift bewirkt wurde.

Ibidem.

**Diabetes mellitus.** Gegen den Durst wird **Pilocarpin** empfohlen

Rp.

*Pilocarpin. nitric. 0,05*

*Spir. vin. dil. 3,0*

*Aq. dest. 8,0*

M. D. S. 4—5 mal tägl. die Zunge  
mit 5—6 Tropfen befeuchten.

(Nouv. remèdes 1894 No. 11. —

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1894 No. 18.)

**Diphtherie.** Die ersten Mittheilungen über das **Behringsche Diphtherie-Heilserum**, besonders über die im Handel (Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.) erhältlichen Concentrationen lauteten so widersprechend, dass man nicht recht klug daraus wurde. Auch wir haben einmal von 2, dann von 3 Concentrationen berichtet. Jetzt entnehmen wir einem Wiener Artikel „die Anwendung des Diphtherie-Antitoxins in der Praxis“ folgende Daten darüber, welche offenbar die Sachen richtig darstellen. Das Mittel wird also in 3 Concentrationen angewendet.

- No. I. (Fläschchen mit grüner Etiquette) dient erstens zur Behandlung leichter Fälle, wenn sie bald nach Ausbruch der ersten Symptome dem Arzte zu Gesicht kommen; zweitens zur event. Weiterbehandlung von Kranken, denen zuerst eine stärkere Concentration injicirt worden war, und drittens zum Immunisiren. (Pr. M. 6.)
- No. II. (Fläschchen mit weisser Etiquette) ist diejenige Lösung, welche am meisten zur Anwendung gelangt; dieselbe soll bei allen Fällen, die gleich mit schweren Symptomen einsetzen, oder solchen, die nicht mehr ganz frisch sind, verwendet werden. (Preis M. 11.)

No. III. (Fläschchen mit rother Etiquette) eignet sich für sehr schwere, verschleppte Fälle. Doch wird diese Concentration erst seit dem 1. September von der Fabrik in den Handel gebracht, und ist nicht überall erhältlich, sodass man sich meistens, auch bei ernsteren Fällen mit der Lösung No. II wird begnügen müssen. (Preis M. 16.)

Ist nach der ersten Injection keine Besserung eingetreten, so kann die Einspritzung des Mittels am nächsten Tage wiederholt werden. Man wird in leichten Fällen, bei welchen mit der Lösung Nr. I begonnen wurde, auch diesen Concentrationsgrad zur ferneren Injection benützen und nur bei deutlicher Verschlechterung zur nächsten Nummer schreiten. Hat man, wie es die Regel sein dürfte, zur 1. Injection sich der Lösung Nr. II bedient, so wird man gut thun, wenn sich der Fall nicht wesentlich gebessert zeigt, auch zur 2. Einspritzung denselben Concentrationsgrad zu benützen, und erst bei weiterer event. nothwendiger Application des Mittels zur schwächeren Lösung Nr. I seine Zuflucht nehmen. Von der Lösung Nr. III genügt wohl eine einzige Injection, welcher fernere Einspritzungen schwächerer Concentration folgen können. Zur Immunisirung von Kindern und Erwachsenen soll der 10. Theil des Inhaltes von der Lösung Nr. I genügen; ob der Schutz gegen Ansteckung länger als einige Wochen dauert, ist fraglich. Uebrigens wird die Nachfrage nach dem Mittel jetzt eine so colossale sein, dass die Fabrik vielleicht bald nicht rasch genug allen Anforderungen wird genügen können. Vielbeschäftigte Aerzte thun daher gut, sich einen kleinen Vorrath beizulegen, zumal das Serum sich an dunkeln und an kühlen Orten Monate lang erhält. — Betreffs der sonstigen Punkte verweisen wir auf unsere früheren Artikel, bemerken nur noch, dass sich in Wien die Koch'sche Ballonspritze nicht sehr bewährt hat. Es wird daher angerathen, sich einer gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze, die aber 20 ccm. Fassungsraum hat, zu bedienen; kleinere Spritzen haben den Nachtheil, dass man nach der 1. Injection (z. B. von 10 ccm.) die Spritze von der Nadel, die man dann am besten in der Einstichstelle festhält, herabziehen und frisch füllen muss, was bei unruhigen Kindern und mangelnder Assistenz nicht leicht sein dürfte.

(Wiener medic. Wochenschrift 1894 Nr. 43).



- Einem am 11. October 1894 gehaltenen Vortrag von Dr. H. Kossel (Berlin, Institut für Infectiouskrankheiten): „Über die **Blutserumtherapie bei Diphtherie**“ entnehmen wir Folgendes betreffs der Grenzen der Wirksamkeit des Mittels: „Wenn der diphtheritische Process schon tief in die Bronchien und Lungen herabgestiegen ist, sodass selbst die Tracheotomie keine Erleichterung mehr schafft, kommt auch die Serumbehandlung zu spät. Wenn ferner zum diphtheritischen Process Complicationen hinzugetreten sind, indem andere Bakterien, speciell Streptokokken, sich im Rachen ansiedeln und von dort in die Drüsen und in die Blutbahn dringen, kann ein Diphtherieantitoxin wohl nützen, aber nicht mehr mit Sicherheit heilen. Hat endlich der Körper schon tagelang unter der Einwirkung des Giftes gestanden, so schafft die Behandlung mit Serum dem Körper wohl augenblicklich Erleichterung, aber die Prognose bleibt zweifelhaft, weil man nicht weiss, welche Veränderungen schon an Nerven, Herzmuskeln und Nieren vor sich gegangen sind. In solchen Fällen, die spät in Behandlung kommen, sieht man denn auch zuweilen den Tod an Herzlähmung eintreten. Trotzdem würde ich stets auch die verzweifeltsten Fälle in Behandlung nehmen, weil man niemals mit dem Mittelschaden, sondern nur nützen kann. Nach diesem Princip sind wir im Institut für Infectiouskrankheiten verfahren und haben die Mortalität dauernd auf 16% aller eingelieferten Diphtheriefälle sinken sehen. Von dem am 1. und 2. Krankheitstage eingelieferten Kindern haben wir kein einziges verloren. Ich bin überzeugt, dass es gelingt, jeden frischen Fall echter Diphtherie durch Anwendung einer genügenden Menge Antitoxins zu heilen.“ Ferner sagt Autor: „Die Wirkung des Mittels auf den localen Process kennzeichnet sich durch eine beschleunigte Ablösung der Membranen. Am Tage nach der Injection werden Sie allerdings häufig erstaunt sein, Theile, welche am Tage vorher frei waren, mit Membranen bedeckt zu sehen. Sie dürfen daraus aber nicht auf ein Fortschreiten des Processes schliessen, sondern die Membranen bilden sich nur auf solchen Theilen der Schleimhaut, welche zur Zeit des Beginns der Antitoxinwirkung schon inficirt und durch Schwellung und Röthung als solche gekennzeichnet waren. Nach weiteren 24 Stunden sehen Sie deutlich, dass der

Process zum Stillstand gekommen ist, und bemerken schon hier und dort beginnende Abstossung der Membranen. Die Infiltrationen der Halsdrüsen gehen oft rapide zurück. Noch deutlicher, als die Wirkung auf den localen Process ist die auf das Allgemeinbefinden. Einige Stunden nach der Seruminjection beginnt die Temperatur zu sinken, die Pulsfrequenz geht herab und Sie können bei frischen Fällen innerhalb 24 Stunden eine Rückkehr der Temperatur und des Pulses zur Norm beobachten. Wenn sie dann im Rachen die oben beschriebene Erscheinung der scheinbaren Ausbreitung des Processes haben, ist der Contrast zwischen Allgemeinbefinden und localem Befund oft ein höchst merkwürdiger. Das Kind sitzt munter im Bett, und dabei besteht noch eine ausgedehnte locale diphtheritische Affection. Ich habe die Temperatur innerhalb 24 Stunden von 40° auf 37° und den Puls von 160 auf 96 Schläge sinken sehen, und zwar dauert diese Entfieberung in frischen Fällen an. Steigt das Fieber wieder zur alten Höhe an, so können Sie mit Sicherheit auf Complicationen, z. B. Otitis media, beginnende Drüsenabscedirungen, acute Exantheme, Pneumonie schliessen. Bei den diphtherieähnlichen Erkrankungen, diphtheroiden Anginen, den sogenannten Scharlachdiphtherieen ohne Diphtheriebacillen, wird Temperatur und Puls durch das Mittel nicht beeinflusst, bei vorgeschrittenen Fällen von echter Diphtherie vom 3. Krankheitstage an nur dann, wenn die vorliegenden Complicationen es nicht von vornherein ausschliessen.“— Was die Immunisirung anbelangt, so ist nach dem neuesten Prospect der Fabrik (Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.) dieselbe durch Injection des vierten Theiles von Flasche No I zu erreichen! Die Erfahrungen darüber, wie lange der durch eine solche Injection verliehene Schutz anhält, sind noch nicht abgeschlossen. Länger als 14 Tage bis 3 Wochen reicht vielleicht die Schutzkraft nicht aus, deshalb wiederhole man lieber dann die Injection. Monate lang ist sicherlich das injicirte Individuum nicht immun.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 43.)

**Leukoplakie.** Dr. S. Rosenberg (Hamburg) schreibt über  
**Behandlung der Leukoplakie.** „Herr L., 42 Jahre alt,

vor 20 Jahren mit einem Ulcus penis behaftet ohne irgend eine weitere Folgeerkrankung, verheirathet, Vater gesunder Kinder, leidet seit 7 Jahren an Leukoplakia lingualis. Auf der Zunge erscheinen von Zeit zu Zeit sehr schmerzhaft, flache, kleinste, bis 10pfennigstückgrosse Geschwüre mit nicht wallartig aufgetriebenem Rand und schmutzig-eitrigem Grunde. Die Geschwüre heilen nach mehr oder weniger langem Bestehen und hinterlassen flache, bläulich glänzende Narben. Betroffen war stets nur die obere Zungenfläche, Seitenränder und Untergrund sind immer frei geblieben. Gegenwärtig ist die ganze Oberfläche der Zunge von dem eben beschriebenen Narbengewebe bedeckt, tiefe, in verschiedenen Richtungen sich durchkreuzende Furchen theilen dasselbe, rhagadenähnlich, in Plaques ab, da und dort befinden sich vereinzelte Geschwüre. — Therapeutisch, in der Absicht die Geschwüre schnell zur Heilung zu bringen und ihr Recidiviren zu verhindern, wurden bisher die verschiedensten Mittel vergeblich probirt. Ich erwähne nur: Resorcinmundbäder, Pinselungen mit Milchsäure, Jodoform und Methylenblau in Substanz. Rauchverbot hatte gar keinen Einfluss. Der Patient half sich schliesslich, um nur von seinen Schmerzen befreit zu sein, mit Cocainlösungen, und verbrauchte zuweilen bis 1 gr Cocain pro die. — Zum Schluss versuchte ich bei dem Patienten, rein empirisch, Pinselungen mit einer 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Jodkalilösung. Der Erfolg war eclatant. Zunächst trat intensives Brennen im Bereich der Geschwürsflächen auf, das aber nach einer halben Stunde etwa aufhörte. Dann war das Ulcus schmerzlos; weitere Pinselungen brachten es in wenigen Tagen zur Heilung. Behandlung der im Entstehen begriffenen Geschwüre brachte dieselben stets zum Stillstand und führte sie gleichfalls rapide zur Reparation. Durch tägliches Einpinseln seiner Zunge hat es Herr L. in der Hand, sich dauernd geschwürsfrei zu halten. Rauchen und der Genuss reizender Speisen schadet ihm dabei durchaus nichts. — Ob der Erfolg dieser Therapie zu Gunsten der syphilitischen Natur der L. spricht, lasse ich dahingestellt, er berechtigt mich aber, wie ich glaube, die Anwendung hochprocentuirter (20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) Jodkalilösungen in analogen Fällen zu empfehlen.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 37).

- Dr. Leo Leistikow hat in den letzten 3 Jahren bei zahlreichen Patienten sehr gute Resultate mit einer **Resorcinpasta** erzielt. Bei allen war vorhandene oder überstandene Lues mit Sicherheit nachzuweisen, doch hatten antiluetische Hg- oder Jodcuren keinen Erfolg. Autor verordnete:

Rp.

*Terr. silic.* 1,5

*Resorcin.* 3,0

*Adip.* 0,5

M. f. past.

Bei L. lingualis et buccalis trug er mittelst feiner, lose um ein zugespitztes Streichhölzchen gewickelter Wattebäuschchen mehrmals täglich diese Pasta auf, besonders nach den Mahlzeiten, dann auch Nachts vor dem Schlafengehen. Schon nach 8—14 Tagen Schrumpfung der opalinen Auflagerungen zu constatiren, die Schleimhaut selbst wird dünn, ist aber noch sehr empfindlich, wesshalb das Rauchen und der Genuss gewürzreicher Speisen zu verbieten, aber fleissiges Mundausspülen mit Boraxpfeffermünzlösung zu empfehlen ist. Die Hyperämie der Plaques jetzt am besten durch Einreibung von Perubalsam zu beseitigen. Nach 3—4 tägiger Anwendung Restitutio ad integrum. In 2 Fällen von colossaler, durch L. bedingter elephantiastischer Hyperplasie der Zunge leistete das Resorcin im Anschlusse an vorhergehende Paquelinisirung der Zunge in Narkose Vorzügliches. Auch bei L. labialis bewährte sich das Mittel stets. Stellte sich bisweilen schmerzhafte Rhagadenbildung ein, so cocainisirte Autor die Lippe. Nach 5—8 tägiger Anwendung applicirte er dann zur Abstossung der Resorcinschwarte ein Stück Zink- oder Zinkichthyolsalbenmull, welches dachförmig auch die innere Seite der Lippe bedeckt; schon nach 3 Tagen erfolgt Abstossung und die Lippe schrumpft bedeutend, und nach 2—3maliger Wiederholung dieses Schälprocesses ist die Heilung vollendet.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XIX, 1894 No. 7.)

- Schwimmer ist der Ansicht, die L. hänge nicht mit Lues zusammen, und er widerräth dringend die Mercurialbe-

handlung. Nun veröffentlicht Dr. W. Lewin (Berlin) einen Fall, der sich doch als eine **Leukoplakia buccalis syphilitica** erwies. Die 62jährige Frau zeigte 2 fast parallel an den Seitenrändern der Zunge gelegene, länglich ovale, etwa 4 cm lange, graugelbe Schwarten, ferner auf der angrenzenden Wangenschleimhaut beiderseits unregelmässige Schwartenbildung. Am Körper zahlreiche Psoriasisflecke, besonders stark auf den Nates, der Beugeseite der Oberschenkel beiderseits bis zum Knie, vereinzelt an der Beugeseite der Arme, linsen- bis 5 pfennigstückgross. Der Mann der Patientin, als Hausirer viel auf Reisen, soll von einer solchen vor Jahren einen Hautauschlag und Knoten am After (zweifelloes Condylome!) mit nach Haus gebracht haben. Die Kranke nahm Jodkali ohne Erfolg, dann verordnete Autor eine Schmiercur. Nach Verbrauch von 80 gr Ung. einer Heilung der Schwarten mit Hinterlassung von glatten, glänzenden Flecken, ebenso der Psoriasisflecke mit Hinterlassung brauner Pigmentirungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 Nr. 40.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** Generalarzt a. D. Dr. Müller (Posen) empfiehlt warm bei gewissen Durchfällen der Kinder (hellere Farbe, sehr übler Geruch) die **Tinct. Jodi**. Z. B. bei einjährigen Kindern:

**Rp.**

*Tinct. Jodi gtt. V.*  
*Mucil. Gumm. arab. 30,0*  
*Syr. simpl. 20,0*  
*Aq. dest. 50,0*

M. D. S. 3—4 mal täglich 1 Theelöffel.

Der auffällige Erfolg dieses Mittels (neben angemessener Ernährung) durch kein anderes ersetzbar!

(Der ärztl. Praktiker 1894 No. 34.)

— Dr. S. Rehfeld (Ahrensfelde) sah bei **hartnäckigem Erbrechen während der Cholera infantum** recht gute Erfolge von:

**Rp.***Emulsion. Sem. Papav. 100,0*  
*Cocain. hydrochloric. 0,003—0,01*

M. D. S. Stündlich 1 Theelöffel.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 9.)

**Meningitis.** Eine Meningitis tuberculosa mit Ausgang in Heilung gilt als äusserst selten. Der Ausgang dieses Leidens ist fast stets ein tödtlicher. Zwar sind einige Fälle von Heilung gemeldet, die Diagnose derselben begegnete aber meist Zweifeln. Nunmehr publicirt Dr. Freyhan (Berlin, städt. Krankenhaus am Friedrichshain) einen geheilten Fall, dessen Diagnose als unbedingt sicher gelten darf. Denn sie wurde gestellt auf Grund einer Lumbalpunction des Rückenmarkes (in Höhe des II. Lendenwirbels), bei der etwa 60 ccm einer leicht getrübbten, hellserösen, im Strahl hervorquellenden Flüssigkeit gewonnen wurde, in der man Tuberkelbacillen nachweisen konnte. Dasselbe war der Fall bei einer zweiten, 8 Tage später ausgeführten Punction. Schon nach der ersten Punction Remission der schwersten Erscheinungen; die Besserung hielt an, das Sensorium wurde klarer, das Fieber sank ab, die Kopfschmerzen liessen immer mehr nach, ebenso ermässigte sich die Rigidität der Extremitäten und Steifigkeit der Wirbelsäule, die Reconvalescenz schritt ungestört weiter und der Kranke wurde gesund. Ob die Lumbalpunction diesen Umschwung bewirkt hat, erscheint sehr zweifelhaft, da Aehnliches bisher nie beobachtet wurde, jedenfalls ist aber dies von Quincke empfohlene Verfahren ein diagnostisches Mittel ersten Ranges, das namentlich da von ungeheurem Werth ist, wo die Differentialdiagnose schwierig ist, wie es hier der Fall war, wo man bis zur Punction eine Cerebrospinalmeningitis annehmen zu müssen glaubte. Die Grenzen der beiden Affectionen verschwinden häufig, und man pflegte bisher bei Ausgang in Heilung sich in zweifelhaft gewesenen Fällen zur Diagnose „Cerebrospinalmeningitis“ zu neigen. So mag mancher Fall eigentlich tuberculöse Meningitis gewesen sein mit Ausgang in Heilung. Heutzutage ist man also im Stande, eine sichere Diagnose zu stellen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 36.)

- Bei einem protrahirten Fall von **Meningitis cerebro-spinalis** hat Dr. Aufrecht (Magdeburg) mit heissen Bädern einen eclatanten Erfolg erzielt. Am Ende der 3. Krankheitswoche war der Zustand des Patienten so, dass nach früheren Erfahrungen die Prognose als absolut ungünstig bezeichnet werden musste. 10 Tage lag der Kranke bereits somnolent da, als sich Autor mit Rücksicht auf die niedrige Temperatur und den frequenten, kleinen Puls entschloss, ein heisses Bad zu geben. Patient erhielt nun 12 Tage lang täglich ein Bad von 32° R. (40° C.) und 10 Minuten langer Dauer. Schon nach den ersten Bädern auffallende Besserung: allmähiges Freiwerden des Sensoriums, Nachlass der Nackensteifigkeit und Schmerzhaftigkeit, Bewusstwerden und Aeussern des Bedürfnisses nach Harn- und Stuhlentleerung, Fähigkeit zum Sprechen. Als nach 9 Bädern das Baden ausgesetzt wurde, traten in der folgenden Nacht wieder Kopfschmerzen, grosse Unruhe und Delirien ein. Nach weiteren 3 Bädern trat dann vollkommene Heilung ein.

(Therap. Monatshefte 1894 Nr. 8.)

**Myxödem.** Oberstabsarzt Dr. R. Köhler (Berlin) hat 2 Fälle von Myxödem auf seltener Basis beobachtet. Vor einigen Jahren behandelte er eine 48jährige Frau, welche alle Symptome von M. darbot. Das M. beruhte hier auf einer syphilitischen Entartung der Schilddrüse, und es waren auch andere luetische Erscheinungen vorhanden, z. B. ein aufgebrochener grosser Gummiknoten an einem Sternocleidomastoideus. Durch eine antiluetische Therapie wurden alle Symptome, auch das M., welches ja hier nur Symptom der constitutionellen Erkrankung war, zum Verschwinden gebracht. — Eine noch seltenere Ursache faud Autor vor kurzem bei einer 25jährigen Kranken, die ausser den Erscheinungen von M. noch eine Affection an der vorderen Seite des Halses aufwies. Hier war etwa 1 Jahr vorher eine geröthete Anschwellung entstanden, die auf Breiumschläge Eiter entleerte und später 5 Mal von verschiedenen Ärzten operirt wurde. Die Geschwulst brach aber immer wieder auf. Jetziger Status: an der vorderen Halsseite, etwa vom unteren Rande der Cartilago cricoidea bis zum Jugulum reichend, handtellergrösse, mässig

harte Anschwellung der Haut, an einzelnen Stellen ist dieselbe blauroth-livid verfärbt und von solcher Dünne, dass man sie mit dem Finger zerreiben kann, an anderen Stellen erstrecken sich ulceröse Processe durch die ganze Dicke der Haut. Therapie: Zunächst Auskratzung der ulcerösen Stellen mit dem Löffel und Verschorfung mit dem Paquelin: Anfangs günstiger Erfolg, aber bald entwickelte sich an einigen Stellen Fluctuation. Durch Incisionen Entleerung von Eiter, welcher charakteristische Actinomycespünktchen enthielt. Mikroskopische Bestätigung der Diagnose! Nuncmehr Entfernung der erkrankten Haut etwa in Handtellergrösse. Die Schilddrüse erschien wie durch einen Frontalschnitt halbt; nur die hintere Hälfte war erhalten, und deutlich erkannte man an beiden Seitenlappen die gleichfalls halbt, ziemlich derbe Kapsel, die das Drüsengewebe scharf von ihrer Umgebung schied. Soweit dasselbe maschig erschien, wurde es ausgelöffelt und gleich wie die umgebenden, von Haut entblösten Theile mit dem Paquelin verschorft. Es stellten sich frische Granulationen ein, und bald konnte der Defect durch Transplantation geschlossen werden. Die locale Heilung war begleitet von einer Besserung der Myxödemerscheinungen, die Ernährung erhob sich zusehends, und bald war das M. verschwunden. Das M. war hier durch die Actinomyces entstanden; es war gewissermaassen ein operatives M., indem der Actinomycespilz als langsam arbeitender Operateur das Gewebe der Glandula thyreoidea zerstörte und die nicht vollkommen zerstörten Theile in ihrer Lebensthätigkeit so alterirte, dass die Function der Schilddrüse gänzlich ausfiel; nach Zerstörung des Grundleidens konnte letztere wenigstens wahrscheinlich wieder ihre Function ausüben, das M. verschwand. Zweifellos handelte es sich hier um eine primäre Hautactinomycose, die sich Patientin bei ihrem Beruf, in einer Meierei, zugezogen hatte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 41.)

- Dr. Joh. Jul. Schmidt (Frankfurt a. M.) stellt einen Fall von spontanem „infantilem“ M. mit Zwergwuchs vor, Patientin entwickelte sich körperlich und geistig ganz normal bis zu ihrem 5. Jahr, wo sie ein Trauma durch einen Fall auf den Kopf mit nachfolgender Com-



motio cerebri erlitt. Darauf blieb ihr Wachsthum erheblich zurück, sie blieb auffallend klein und plump, besonders am Gesicht und an den Händen, ihre Bewegungen und Sprache waren langsam, sie war immer müde und matt, und liebte die Einsamkeit; die geistigen Fähigkeiten waren ziemlich normale. Autor sah sie zuerst als 19jähriges Mädchen März 1893. Status: Gesicht sehr blass, gedunsen, mit breiten Backen und auffallend dicker, herabhängender Unterlippe. Kopfhaar und Augenbrauen spärlich, dünn. Schleimhäute sehr blass, Zahnfleisch geschwollen, leicht blutend, Zähne gerieft, an den Rändern gezackt. Gesichtsausdruck starr, unnatürlich. Sprache sehr langsam, Stimme tief, rau. Glandula thyroidea nicht zu fühlen. Hände und Füße geschwollen, bei Druck keine Dellen. Haut rau und trocken, schuppenförmige Abschilferung. An den Streckseiten der Zehen umschriebene rauhe, graue Stellen von verdickter Epidermis. Gang wiegend, alle Bewegungen schwerfällig, Körperlänge 127 cm. Amenorrhöe. Gedrückte, hypochondrisch-melancholische Gemüthsstimmung, Hang zur Einsamkeit. Normale Intelligenz. Die auf Grund aller dieser Symptome mit besonderer Berücksichtigung der charakteristischen pachydermischen Hautveränderung, der hochgradigen Anaemie, der psychischen Depression und des Zurückbleibens des Wachsthums auf M. gestellte Diagnose fand Bestätigung durch die günstige Beeinflussung durch eine Schilddrüsentherapie. Zuerst wurde die Kranke mit roher Schilddrüse gefüttert. Damals schwankten die Angaben über Dosirung noch sehr, und Autor machte anfangs böse Erfahrungen. Beginn der Cur am 27./3. Am 1. Tag 1 Lappen von Kalbsschilddrüse roh gegeben, am 2. Tage 2 Lappen, am 3. Tage wieder 1 Lappen. Jetzt heftiger Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Gesicht roth, Puls 100, stenocardische Beschwerden, Temperatur (früher nie über  $36^{\circ}$ )  $38,1^{\circ}$ , Fütterung sofort ausgesetzt, Patientin zu Bett gebracht. Urinmenge (vor der Behandlung nur  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{1}{4}$  Liter) jetzt etwa  $1\frac{1}{4}$  Liter pro die, spec. Gewicht (früher 1017) nach den 3 Tagen 1030. Abnahme des Körpergewichtes. Am 31./3., 1./4., 2./4. Morgens und Abends je  $\frac{1}{4}$  Lappen (ca. 2 gr. Drüsensubstanz) gegeben, darauf wieder: Zusammenschrecken, Hämmern im Kopf, Ohrensausen, Erbrechen, Druck in der Nierengegend,

grosse Mattigkeit. Aussetzen der Therapie 2 Tage lang, dann  $\frac{1}{4}$  Drüsenlappen gegeben. Am nächsten Tage, d. h. 6./4. erst heftiger Durst und Jucken am ganzen Körper, dann Abends (jedenfalls durch Cumulativwirkung!) schwerer urämischer Anfall,  $\frac{1}{4}$  Stunde lang, mit nachfolgendem mehrstündigem Sopor. Während des Anfalles Erweiterung der Pupillen, heftige klonische Zuckungen der gesamten Körpermusculatur, Respiration 50, Puls 130, Harn vermindert, Eiweiss, spec. Gewicht 1031; Verweigerung einer weiteren Behandlung. Der Erfolg war aber trotz der nur 11tägigen Therapie eclatant: Gesicht, Hände und Füsse bedeutend abgeschwollen, die Haut schälte sich, fühlte sich weicher und feucht an, die Kranke war heiterer, Gang rascher, Stimme weniger rau, im Kopfhair und an den Augenbrauen junger Haarwuchs, bald Menses zum 1. Mal, von da ab regelmässig wiederkehrend! Aussetzen der Cur bis Juli. Dann aber, hauptsächlich behufs Beeinflussung des Wachstums, wieder kleine Dosen roher Drüse (jetzt Schafsdrüse), nie mehr, als 3 Mal wöchentlich 1 gr. Trotz dieser kleinen Dosen nach 4 bis 5maligem Einnehmen öfters Intoxicationerscheinungen, die zum Aussetzen nöthigten. Von November ab werden Schilddrüsentabletten (White) genommen, jeden 3. Tag 1 Stück. Aber auch hier zuweilen Kopfschmerz, Erbrechen, Zuckungen, bis Patientin von Januar 1894 ab täglich eine Tablette vertragen konnte. Im letzten Vierteljahr der Behandlung konnte ein langsames Wachsen der Kranken constatirt werden (März 1893: 127 cm, Anfangs Januar 1894: 129 cm, Mitte April 132 cm). Auch die Zahnbildung wurde energisch beeinflusst. Patientin, die offenbar noch nicht die 2. Dentition überschritten hat, bekam im letzten Vierteljahr nach Ausfallen der cariösen Milchzähne 3 neue und jetzt bricht ein vierter durch. — Was die Darreichung der Schilddrüse anbelangt, so rath Autor, die ersten Wochen, bis man die unschädliche Dosis heraus hat, den Kranken im Bett zu lassen. Im Anfang der Cur gebe man ganz kleine Dosen Drüse; man kommt mit geringen, täglich gereichten Quantitäten (1 gr. pro die) ebenso zum Ziel, ohne Gefährdung des Patienten, wie mit grossen, 1 mal in der Woche gereichten. Dasselbe gilt von den ebenso wirksamen White'schen Schilddrüsentabletten (zu beziehen von G. Baumann, Dresden,

Pragerstr. 1), von denen jedes =  $\frac{1}{6}$  einer Schilddrüse ausmacht (Preis für 100 Stück: M. 3). Man gebe anfangs 1 Stück pro Tag (Kindern  $\frac{1}{2}$ ), später 2—3 Stück täglich 4—5 Wochen lang (bei eintretendem Kopfschmerz, Erbrechen, Pulserhöhung u. s. w. sofort zeitweiliges Aussetzen!). Diese Tabletten sind sehr praktisch, da die Drüsen selbst sich rasch zersetzen, nicht überall sachverständige Personen zur Herausnahme an frisch geschlachteten Thieren da sind und die Dosirung nicht so zuverlässig ist. Jetzt werden auch von Merck (Darmstadt) getrocknete Schilddrüsen in Pulverform (0,6 Pulver = 1 Schilddrüse vom Kalb) als „Thyreoidinum siccatum“ dargestellt, und es empfiehlt sich folgende Verschreibweise:

Rp.

*Thyreoidin. sicc. (Merck) 2,0*

*Sacch. lact. 18,0*

M. f. trochisc. No. 20.

S. Täglich 1—3 Stück zu nehmen.

(Ärztl. Verein zu Frankfurt a. M., 7. Mai 1894.

— Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 42.)

### **Perichondritis auriculae.** Dr. Haug (München, chirurg.

Poliklinik) gelang es, einen Fall durch **einfache Punctionaspiration** zu heilen: 26jähriger Mann hat seit 14 Tagen Geschwulst an der rechten Ohrmuschel, für deren Entstehung kein Moment vorliegt. Auf der Concha und Fossa intercruralis 2 kleinpflaumengrosse, prall elastisch gespannte, fluctuirende Erhabenheiten; Haut leicht geröthet, sehr heiss; Schwellung sich bis auf den Helix erstreckend; mässige Schmerzen. Zur Sicherstellung der Diagnose Punction der mit einander communicirenden Säcke mit der Pravaz'schen Spritze.  $1\frac{1}{2}$  Spritzen klaren, hellgelben, klebrig-schmierigen Transsudates. Dies noch 4 Mal in Zwischenräumen von 8—12 Tagen ausgeführt: bei der 2. Punction noch 1 ccm klare Flüssigkeit, dann Menge geringer, Flüssigkeit blutig tingirt, bei der letzten Punction nur noch 4 Theilstriche. Von da ab kein Exsudat mehr, die Knorpelhaut hatte sich wieder angelegt, und blieb angelagert, das Ohr zeigt vollkommen normale Configuration, Abnormes liess sich überhaupt nicht mehr constataren, auch nach 5 Monaten noch. — Dieser Fall zeigt, dass eine acute Perichondritis auriculae durch wiederholte Punction und Aspiration geheilt werden kann, sodass event. die Excision resp. Excochleation,

die bisher als erforderlich angesehen wurden, entbehrlich sind; diese Operationen sind nicht nur schwerer, sondern es tritt ausserdem nach ihnen nicht selten Vereiterung des Sackinhalts, Nekrose des Knorpels und Verkrüppelung der Ohrmuschel ein, Nachtheile, die durch die Punction vermieden werden können. Letztere lindert zudem jedesmal das Spannungsgefühl bedeutend und bewirkt vollkommene Restitutio ad integrum.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 37.)

**Pertussis.** E. de Minicis bestätigt die schon von Jenner gemachte Beobachtung, dass die Vaccination den Keuchhusten günstig beeinflusst, d. h. dass frisch vaccinierte Kinder von Pertussis verschont bleiben, und dass, wenn die Affection bereits vorliegt, der Verlauf bei jenen ein rascherer und leichter ist. In einer Epidemie (137 Fälle, mittlere Krankheitsdauer 2 Monate, Mortalität 14<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) impfte er 34 Kinder. Die Kinder, bei denen Pusteln aufgegangen waren, wurden in 11—20 Tagen von Pertussis geheilt. Wo die 1. Impfung erfolglos blieb und bei 7 zum 2. Male geimpften Kindern war eine Beeinflussung nicht zu constatiren. Unter den Gestorbenen waren fast nur noch nicht geimpfte Kinder!

(Gazetta degli ospedali e delle cliniche 1894 No. 49. — Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 37.)

**Rhinitis.** Roux hat 11 Fälle von acutem fieberhaften Schnupfen mit allgemeinem Krankheitsgefühl in weniger als 24 Stunden durch 4—5 Einathmungen von Eau de Cologne durch Mund und Nase geheilt. Man verordnet:

Rp.

*Ol. Bergamotti*

*Ol. Aurant. Cortic. aa 10,0*

*Ol. Citri*

*Ol. Rosmarin. aa 2,0*

*Ol. Aurant. Fruct. 2,0—2,5*

*Spirit. (90<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) 97,0*

M. D. S. Auf's Taschentuch zu giessen und 2—3 Minuten mehrmals am Tage einzuathmen.

(Lyon méd. 1894 No. 2. — Therap. Monatshefte 1894 No. 9.)

— Als einfaches, aber bewährtes Mittel gegen Coryza empfiehlt Dr. H. Kerris (Xanten) Kornbranntwein.

Man giesse etwas davon in die hohle Hand und schnaufe es durch kräftigen Zug hoch in die Nase hinauf. Das anfänglich ziemlich heftige Brennen lässt bald nach, ebenso die zunächst etwas vermehrte Secretion: die Nase bleibt dann längere Zeit trocken. Stellen sich wieder Symptome ein, so wiederhole man das Aufschnaufen sofort. Mehr als 3 Mal ist die Procedur zur endgültigen Beseitigung des Schnupfens nicht nöthig.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1894 No. 86).

— Folgende Behandlung der Ozaena wird empfohlen: Man lasse 2—3 Mal täglich mit Hülfe eines Zerstäubungsapparates durch beide Nasengänge inhaliren mit:

Rp.

*Glycerin 70,0*

*Borac. 20,0*

*Aq. dest. 30,0*

M. D. S. Äusserlich!

Sind die Borken genügend erweicht, so entferne man sie mittelst Pincette und lasse nochmals diese Lösung inhaliren. Nach einigen Tagen Geruch verschwunden.

(Presse méd. 29. IX. 1894. —

Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte 1894 No. 20.)

**Scrophulosis.** Dr. A. Eck (Ssumy) giebt seit einer Reihe von Jahren das **Kreosot** (nur Buchentheærkreosot!) als einziges Mittel und erzielte damit so gute Resultate, dass er es warm empfiehlt. Sein Grundsatz ist: 1) möglichst hohe, 2) allmählig ansteigende Dosen (rasch ansteigende werden nicht so gut vertragen!) 3) sehr langer Gebrauch, 4) Einnehmen  $\frac{1}{4}$  Stunde nach den 3 Hauptmahlzeiten, 5) Ordination nur in Milch. Kinder von 1—7 Jahren erhielten das Kreosot mit Tinct. Gentian., und zwar je nach dem Alter im Verhältniss von 5 — 4 — 3 — 2 — 1 Theil Tinct. Gent., zu 1 Theil Kreosot, Kindern von 7 Jahren ab wurde reines Kreosot gereicht. Die im Anfang der 3. Woche erreichte höchste Tropfenzahl wurde, je nach dem Einzelfall 2—4 Monate lang gegeben und dann wieder allmählig mit der Dosis heruntergegangen. Man gebe also:

**Tabelle I.**

Alter.	Bis 1 J.	1—2 J.	2—3 J.	3—4 J.	4—5 J.	5—6 J.	6—7 J.
Verhältniss der Mixtur.	1 Kr.: 5 Th. Tinct.	1 Kr.: 4 Th. Tinct.	1 Kr.: 3 Th. Tinct.	1 Kr.: 3 Th. Tinct.	1 Kr.: 2 Th. Tinct.	1 Kr.: 2 Th. Tinct.	1 Kr.: 1 Th. Tinct.
Datum.	Zahl der Tropfen der Mixtur pro dosi.						
1. Tag	1	1	1	1	1	1	1
2. "	1	1	1	1	1	1	1
3. "	1	1	2	2	2	2	2
4. "	1	2	2	2	2	3	2
5. "	2	2	2	3	3	3	3
6. "	2	2	3	3	3	4	3
7. "	2	3	3	4	4	5	4
8. "	2	3	3	4	4	5	4
9. "	3	3	4	5	5	6	5
10. "	3	4	4	5	5	7	5
11. "	3	4	5	6	6	7	6
12. "	3	4	5	6	6	8	6
13. "	4	5	6	7	7	9	7
14. "	4	5	6	7	7	9	7
15. "	4	5	7	8	8	10	8
16. "	4	6	7	8	8	11	8
17. "	5	6	8	9	9	12	9
18. "	5	6	8	10	10	12	10
19. "	5	7	9	10	10	13	10
20. "	5	7	9	11	11	14	11
21. "	6	8	10	12	12	15	12

**Tabelle II.**

Alter.	7—8 J.	8—9 J.	9—10 J.	10—12 J.	12—14 J.	14—16 J.	16—18 J.	18—20 J.
Datum.	Zahl der Tropfen des reinen Kreosot pro dosi.							
1. Tag	1	1	1	1	1	1	1	1
2. "	1	1	1	1	1	1	1	2
3. "	1	1	1	1	1	2	2	2
4. "	1	1	1	2	2	2	2	3
5. "	2	2	2	2	2	3	3	3
6. "	2	2	2	2	3	3	3	4
7. "	2	2	2	3	3	4	4	4
8. "	2	2	3	3	4	4	4	5
9. "	3	3	3	3	4	5	5	6
10. "	3	3	3	4	5	5	5	7
11. "	3	3	4	4	5	6	6	7
12. "	3	4	4	5	6	6	6	8
13. "	4	4	5	5	6	7	7	9
14. "	4	4	5	6	7	7	7	9
15. "	4	5	6	6	7	8	8	10
16. "	5	5	6	7	8	9	9	11
17. "	5	6	7	7	8	9	10	11
18. "	5	6	7	8	9	10	10	12
19. "	6	7	8	8	9	11	11	13
20. "	6	7	8	9	10	11	12	13
21. "	7	8	9	10	11	12	13	14

Die Kinder vertrugen das Mittel sehr gut und gewöhnten sich rasch daran, ja oft verlangten sie darnach. Stösst man jedoch mal auf grossen Widerstand, so gebe man das Mittel zuerst einige Tage in Honig und lasse Milch nachtrinken und gehe dann allmählig zur gewöhnlichen Form über. Beschwerden der Verdauung treten nicht auf, im Gegentheil, dieselbe bessert sich und der Appetit nimmt oft auffallend zu. Die Localaffectionen ferner werden sehr günstig beeinflusst. In einzelnen Fällen gingen innerhalb eines Monats wallnuss-grosse Lymphdrüsen vollständig zurück, Blepharitis zeigt ebensolche Tendenz zur Heilung. An scrophulösen Kindern mit Epheliden wurde constatirt, dass während der Kreosotdarreichung letztere verschwanden und der Teint ein hellere Colorit annahm. Autor liess deshalb auch nicht an Scrophulosis leidende Personen mit Erfolg zur Teintverbesserung einige Wochen kleine Dosen Kreosot nehmen. Auch die im Pubertätsalter auftretende Acne und Furunculose konnte durch Kreosot recht günstig beeinflusst werden. Oft muss natürlich bei localen Leiden der Scrophulosis noch locale Behandlung zu Hilfe genommen werden, auch ist neben der Kreosottherapie für kräftige Nahrung, trockene, geräumige Wohnung, Aufenthalt im Freien u. s. w. zu sorgen!

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1894 Nr. 37.)

— Dr. Reichert (Nebra a. U.) empfiehlt warm das **Ol. jecor. aromatic.** Dr. Standtke (von Carl Fr. Töllner in Bremen). Das Präparat, das sich durch guten Geruch und Geschmack auszeichnet, wurde stets gern genommen. — Noch wichtiger erscheint aber seine Verbindung mit Kreosot. Der **Kreosotleberthran** Dr. Standtke bewährte sich sehr gut bei chronischen Bronchialkatarrhen, einfachen und tuberculösen bei Erwachsenen und Kindern. Autor giebt Kindern vom 2. Lebensjahre an bei hartnäckigen Bronchialkatarrhen stets dieses Präparat und erreicht stets rasche Heilung. Auch bei Keuchhusten ist es zu empfehlen. Geruch und Geschmack sind so angenehm, dass Kinder es immer gern nehmen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 40).

— Auch Dr. Thomalla (Huckeswagen) hat sehr günstige Resultate mit **Standtke's Leberthran** erzielt, neben welchem

er aber auch noch ein Eisenpräparat verabreicht. Als bestes hat sich ihm der Liq. ferro-mangani saccharat. normalis bewährt, den er oft vermischt mit dem Leberthran giebt (zu gleichen Theilen); die Mischung wird sehr gern genommen und vertragen. — Das Eisenpräparat wird auch bei Chlorose ohne S. verordnet (3× täglich 1 Esslöffel), selbst wenn die jungen Mädchen einen leichten Magenkatarrh hatten und wenig assen, wobei es sich oft zeigte, dass das Präparat sogar appetit-erregend wirkte und sogar von schlecht ernährten Patienten gut vertragen wurde (hier wurde es auch in der Regel mit dem Leberthran zusammen gegeben). Traten doch einmal Verdauungsbeschwerden ein, so genügten 1—2 Esslöffel von Standtke's wohlschmeckendem Ricinusöl, um jene wieder zu heben.

(Der ärztliche Praktiker 1894 No. 41.)

**Struma.** Prof. Dr. Bruns (Tübingen) hat seit Anfang dieses Jahres die **Schilddrüsenthherapie** bei einer Reihe von Strumen versucht und damit zum Theil ganz überraschende Erfolge erzielt. Es handelte sich um einfache Parenchymkröpfe ohne besondere Complicationen zunächst bei Kindern und jugendlichen Individuen. Zur Fütterung wurde die frische, rohe Schilddrüse vom Hammel und vom Kalb, fein geschabt und gehackt, in Oblaten benützt. Von 12 Fällen sind 9 entweder vollständig geheilt oder wesentlich gebessert, 3 haben sich als refractär erwiesen. In vier vollständig geheilten Fällen, welche Kinder von 4—12 Jahren betrafen, trat schon nach 8—14 tägiger Behandlung eine auffallende Besserung ein, die Strumen verkleinerten sich bedeutend, der Stridor verschwand; nach 4 Wochen war in allen Fällen die Struma vollständig verschwunden. In den übrigen Fällen verkleinerte sich der Halsumfang um ein Bedeutendes, so bei einem 14-jährigen Knaben um 7 cm, bei welchem der zurückgebliebene Rest aus zwei Cysten bestand. Die Fälle mit negativem Erfolge betrafen Individuen von 23 bis 57 Jahren. Die Behandlung hatte keine üblen Nebenwirkungen, nur in einem Falle, bei einem 40-jährigen Manne traten Vergiftungserscheinungen ein, indem derselbe, nachdem er innerhalb 14 Tagen 46 gr genommen hatte, Appetitlosigkeit, Pulsbeschleunigung und Abnahme des Körpergewichtes um 10 kgr zeigte. Eine geringe



Körpergewichtsabnahme von  $\frac{1}{2}$ —1 kgr wurde noch in 4 weiteren Fällen beobachtet. Als Dosis empfiehlt Bruns bei Erwachsenen nicht über 10 gr, bei Kindern nicht über 5 gr pro Woche zu gehen. Das Mittel wird anfangs jeden 2. Tag, später einmal wöchentlich gereicht. Darnach also scheint die Schilddrüsenfütterung auf manche Strumen specifisch zu wirken, sie zur Verkleinerung oder zum Verschwinden zu bringen; am wirksamsten scheint sie bei jugendlichen Individuen und bei einfachen hyperplastischen Formen zu sein.

(66. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. — Wiener medic. Presse 1894 No. 40.)

**Tuberculose.** Dr. v. Rosciszewski (Krakau) hatte während eines Aufenthaltes in Iwonicz an ca. 70 Fällen Gelegenheit, Erfahrungen über die chirurgische Behandlung tuberculöser Affectionen bei gleichzeitiger Behandlung mit Jod- und bromhaltigen Soolbädern zu sammeln. Es handelt sich um Fälle von tuberculösen Affectionen der Gelenke und der Wirbelsäule ohne Fistelbildung. Die Behandlung der letzteren Gruppe hatte desshalb Schwierigkeiten, weil trotz des Sitzes der Erkrankung meist an den unteren Extremitäten und der Wirbelsäule die Eltern verlangten, dass die Kinder umhergehen, sich womöglich viel im Freien bewegen und täglich ein Bad nehmen sollten. Eine rationelle Fixirung der Gelenke also nicht möglich! Autor fixirte die Gelenke zwar mit geeigneten Verbänden, liess die Kranken aber mit Krücken einhergehen, bei Coxitis sogar ohne Verband, nur mit einer erhöhten Fusssohle an der gesunden Extremität, damit die kranke den Boden nicht berührte und wenigstens eine relative Fixirung erzielt wurde. In diesen Badeverhältnissen eignen sich am meisten als Verbandmaterial gestärkte Organtinbinden mit Einlage von dünnen Holzschienen; derartige Verbände sind nach zwei Tagen trocken, sodass sie dann durchschnitten und zu häufigem An- und Ablegen eingerichtet werden können, sie sind leicht und elastisch. Zur Badezeit wurden die Verbände leicht abgenommen. Bei Wirbelaffectationen wurden aus diesem Material Corsets angefertigt, wodurch die Schmerzen nachliessen und die Kinder sich wohl befanden. Bei Gelenkaffectationen machte Autor auch Injectionen von Jodoformglycerin (alle 6 Tage Injection von 0,1—0,3 Jodoform). Resultate sehr be-

friedigend, besonders bei Gonitis. Was die andere Gruppe von Affectionen, solche mit offenen Wunden, anbelangt, so constatirte Autor, dass diese Wunden bei Bäderbehandlung auffallend rasch heilten, dass aber die Bäder auf die Wunden schlecht einwirkten, falls diese nicht besonders dazu vorbereitet wurden. Wunden nämlich, die vor der Bäderbehandlung mit reinen, rothen Granulationen bedeckt waren, zeigten schon 24 Stunden nach dem ersten Bade ein speckiges Aussehen, die Granulationen waren blass, wucherten zu stark und hatten einen grauen Belag. Es handelte sich nun darum, auf den Granulationen eine für Wasser impermeable Schicht zu bilden. Das gelang durch Kauterisation der Wunde mit dem Lapisstift, was auch auf das Verhalten der tuberculösen Wunden selbst von günstigem Einfluss war; Wunden in recht vernachlässigtem Zustand zeigten schon nach 2—3 Tagen gesunde Granulationen. Autor kauterisirte aber jede Wunde, war ihr Aussehen auch noch so rein, vor dem Bade mit Lapis. Die so behandelten Wunden heilten viel rascher, als sonst, da die Bäder ungemein günstig einwirkten, sobald eben der ungünstige locale Einfluss fortfiel. Autor behandelte, um sich davon zu überzeugen, 25 Fälle von tuberculösen Wunden an den oberen Extremitäten, indem er täglich baden, aber die kranken Extremitäten nicht benetzen liess, sondern sie nur in der üblichen Weise verband (Jodoformgaze): Die Heilungsdauer betrug etwa die Hälfte im Vergleich zur gewöhnlichen! Autor fasst seine Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen:

- 1) Jod- und bromhaltige Soolbäder wirken im Allgemeinen auf den Organismus sehr günstig ein.
- 2) Tuberculöse Gelenksaffectionen ohne Fistelbildung, in den genannten Bädern behandelt, heilen schneller, als ohne die Bäderbehandlung.
- 3) die unmittelbare Einwirkung von jod- und bromhaltigen Soolbädern auf wunde Flächen ist eine ungünstige: das Granulationsgewebe erblasst, wuchert übermässig stark, und sein Aussehen wird speckartig.
- 4) Der schädliche Einfluss der genannten Bäder wird durch regelmässig alle 2 Tage ausgeführte Kauterisation mit dem Lapisstift aufgehoben.

5. Trotz der schädlichen localen Wirkung des Badewassers heilen zweckmässig verbundene Wunden schneller bei gleichzeitiger Bäderbehandlung, als ohne letztere; dies ist wohl durch den günstigen Einfluss des Bades auf den Allgemeinzustand bedingt.
6. Am schnellsten heilen Wunden, welche im Bade vor der unmittelbaren Benetzung mit dem Badewasser geschützt werden können.

(Wiener klin. Wochenschrift 1894 No. 33.)

- Dr. J. Blum und Dr A. Bärwald (Frankfurt a. M.) versuchten das **Wismuthloretin** bei der **Diarrhoë der Phthisiker**. Es standen leider nur solche im letzten Stadium und nur kurze Zeit zur Verfügung, sodass die locale Einwirkung des Mittels bei tuberculösen Darmgeschwüren nicht genauer beobachtet werden konnte. Aber in allen Fällen wurden die Diarrhoëen durch eine ein- oder mehrfache tägliche Darreichung von 0,5 Wismuthloretin beseitigt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 36.)

- Gegen **Schluckbeschwerden der Phthisiker** empfiehlt **Lermoyez Morphium-Einblasungen:**

Rp.

*Morph. hydrochloric.*

*Sacch. lact. aa 2,0*

*Gumm. arab. 1,0*

*M. f. pulv.*

S. Jedesmal etwa 0,05 zu verbrauchen.

Vor dem Einblasen soll der Patient einige Male tief inspiriren, nachher möglichst Husten vermeiden und durch die Nase athmen. Der Pulverbläser ist auf die Rückseite der Epiglottis zu richten. Zweckmässig ist es, die Einblasung vor den Mahlzeiten auszuführen. Die Wirkung hält einige Stunden an.

(Journal des Practiciens, Mai 1894. —  
Therap. Monatshefte 1894 No. 10.)

- Strauss konnte im **Nasenschleim gesunder Personen virulente Tuberkelbacillen** nachweisen (29 Untersuchungen, bei 9 positives Resultat). Die Untersuchten hielten sich viel in den Krankenzimmern Tuberculöser auf. Die Infection kommt wohl also beim Menschen meist durch Inhalation zustande.

(Arch. de méd exp. et d'anat. pathol. 1894 Nr. 4. —  
Wiener medic. Wochenschrift 1894 Nr. 35.)

**Ulcus ventriculi.** Dr. Nicolas Savelieff (Berlin, III. medic.

Klinik) theilt die mit der Wismuthbehandlung erzielten Resultate mit. Die Patienten nahmen nüchtern 10 gr Bismuth. subnitric., in 200 gr lauen Wassers suspendirt, und dann noch einige Schluck Wasser nach, um die in den oberen Wegen haftenden Reste herunterzuspülen (nur diejenigen, bei welchen wegen Stagnation des Mageninhaltes die Auswaschung des Organs erforderlich war, bekamen im Anschlusse an die Magenausspülung das Mittel durch den Trichter eingegossen). Sodann mussten sie sich im Bette horizontal ausstrecken (andere Lagerungen überflüssig!) und so mit erhöhtem (mindestens 15 cm) Becken 1 Stunde liegen, damit die Geschwürsstelle sicher von der Flüssigkeit bespült würde. Im Durchschnitt wurden 200 gr Wismuth genommen, dann war in der Regel Heilung erzielt. Während der Cur Diät: Milch, altes Weissbrot, Cakes, Zwieback, grosse Mengen Butter, dickliche Suppen von Reis, Gries, Sago — aber kleine Mahlzeiten, etwa alle 2 Stunden! 1 Mal am Tage grössere Quantität rohen geschabten Fleisches oder rohen geschabten Schinkens, gelegentlich ein weiches Ei. Wenig Körperbewegung, besonders Ruhe nach jeder Mahlzeit! Nach Aussetzen des Wismuth allmählig mannigfaltigere Kost, aber kein Schwarzbrot, Stückkartoffel, grünes Gemüse, Kohl, Schalenfrüchte u. s. w. In dieser Zeit Levicowasser als Medicament. So behandelt — ambulant — nur Fälle von nachgewiesenem U. (Blutbrechen!) meist veraltete, die schon anderen Mitteln getrotzt. Die Wismuthbehandlung hatte vorzügliche Resultate, selbst bei ganz schweren Fällen (Carcinoma ex ulcer.) wenigstens schmerzlindernde Wirkung sicher erzielt. Wismuth in grossen Dosen souveräne Therapie für ambulante Ulcusfälle! Niemals trat Verstopfung ein, wohl aber verschwand Obstipation im Laufe der Behandlung. Leider Recidive unvermeidbar (etwa 25%) namentlich, wenn Schonung nicht möglich.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 10.)

**Zahnschmerz.** Bei nervösem Zahnschmerz wandte Dr. E. Graetzer (Sprottau) in letzter Zeit bei mehreren Fällen mit Erfolg folgende Medication an:

Rp. *Antifebrin.* 0,25  
*Phenacetin* 0,5  
 M. f. pulv.  
 D. Dos. t. No. 6.  
 S. 3 mal tägl. 1 Pulver.

Selbst bei sehr heftigen Fällen vorzüglicher Erfolg! Besonders eclatant Wirkung bei einer Gravida im 2. Monat, die bereits 3 Tage und Nächte heftigen Z. hatte und keinen Schlaf fand. Nach dem 1. Pulver auffallende Linderung und Nachts zum 1. Mal Schlaf, nach dem 2. Pulver Schmerz wie weggeblasen. Kein Recidiv. Bekanntlich ist sonst dem Z. Gravidar schwer beizukommen.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 10.)



## Vermischtes.

---

— Über die Grenzen und den Werth der Urethroskopie stellt Dr. L. Casper (Berlin) folgende Sätze auf:

1. Hinsichtlich der Brauchbarkeit und Güte der Urethroskopie ist das Princip der äusseren Lichtquelle jenem, den Lichtkörper in die Harnröhre einzuführen, bei weitem überlegen.
2. Die Urethroskopie hat für viele Fälle eine ausserordentliche, durch keine andere Untersuchungsmethode zu ersetzende diagnostische und therapeutische Bedeutung.
3. Durch die anatomischen, physiologischen und sich aus diesen ergebenden mechanischen Verhältnisse werden der Urethroskopie gewisse Grenzen gesteckt, jenseits welcher die Deutung der urethroskopischen Bilder unmöglich ist.
4. Die Urethrosopia posterior hat sowohl zu diagnostischen, als auch therapeutischen Zwecken nur in wenigen Ausnahmefällen Berechtigung.

Sehr wichtig ist die Urethroskopie für Erkennung von Papillomen, Polypen, Carcinomen auf der Oberfläche des Harnröhreninneren, dann von Erosionen, Ulcus molle, Ulcus durum, Ulcera tuberculosa, zerfallene Gummata. Was die Urethritis anbelangt, so schliesst Autor die Urethroskopie für alle acuten Fälle aus und hält sie nur in Ausnahmefällen, in denen Zweifel hinsichtlich der Differentialdiagnose etwa zwischen einem Ulcus und einer Gonorrhoe bestehen, für berechtigt; für die chronische Urethritis ist sie aber manchmal wichtig, indem sie

gestattet, verschiedene Arten der Entzündung, die auf andere Weise nicht zu unterscheiden sind und eine verschiedene Therapie erheischen, zu differenziren: die Urethritis simplex, membranacea, granulosa zeigen typische Bilder, ebenso die glanduläre und periglanduläre Form, bei der man die Lacunae Morgagni als schlitzförmige, tiefrothe bis schwarze Grübchen mit dunklem und zuweilen gewulstetem Rande deutlich sieht, endlich auch die Erkrankung der Littré'schen Drüsen, die viel kleiner und zahlreicher als punktförmige bis stechnadelkopfgrosse rothe Vertiefungen sich präsentieren. Die Diagnose ermöglicht, die circumscribten Stellen, Granulae, Drüsen einzeln zu behandeln, sie zu touchiren, zu kauterisiren, auszukratzen. Betreffs der Folgeerscheinungen der Urethritis, ist die Urethroskopie ohne Bedeutung für die bereits ausgebildeten Stricturen die man besser fühlt, dagegen ist sie äusserst wichtig für die frühen Infiltrate, die Stricturen weiten Calibers, die man durch das Verstrichensein der Falten, das Fehlen oder Verwischensein der Längsstreifen, zum Theil durch ein blasses, sehnartiges, gefässarmes Aussehen der Mucosa erkennen kann, sodass man dem Entstehen einer wirklichen Stricture wirksam vorbeugen kann. Das ist es, was die Urethroskopie leisten kann, alles andere, was z. B. Oberländer gesehen haben will, hält Autor für zu weit gehend, da die natürlichen Verhältnisse der Urethra eine weitere Ergründung des Harnröhreninnern nicht gestatten. Er warnt daher davor, zu viel der Methode zuzutrauen, damit letztere dadurch nicht in Misscredit gerathe.

(Berliner medic. Gesellschaft, 13. Juni 1894. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 38.)

- Einen Fall von medicamentöser Lipurie lernte Dr. A. Schlossmann (Dresden) kennen: ein unter dyspeptischen Erscheinungen erkranktes, sonst kräftiges Kind von 1 $\frac{1}{2}$  Jahren erhielt:

Rp.

*Ol. Ricin.*

*Ol. Olivar. aa 15,0*

*Ol. Menth. pip. gtt. 1.*

S. Abends 2, am nächsten Morgen 1 Kinderlöffel voll zu nehmen.

Am nächsten Vormittage wesentliche Besserung, aber auffallend, dass seit Abend weniger Urin als sonst gelassen wurde. Urin sehr verändert; undurchsichtig, weisslich-grau wie schmutzige Milch. Darin massenhaft feste Partikelchen suspendirt. Beim Absetzen im Spitzglase zeigte es sich, dass die Trübung durch 2 Factoren bedingt war: zu Boden senkte sich eine beträchtliche Menge harnsauren Alkalis, an der Oberfläche setzte sich eine dicke, graugelbliche Fettschicht ab. Mikroskopisch unendlich viele kleine Fettkügelchen. Weder Eiweiss, noch celluläre Bestandtheile. Im weiteren Verlauf Befinden der Patientin besser, Harn und Diurese nach 2 Tagen normal. — Der Fall zeigt, dass auch ein sehr starker Fettgehalt des Harnes erst dann auf pathologische Veränderungen bezogen werden darf, wenn die Aufnahme eines leicht resorbirbaren Fettes durch die Nahrung ausgeschlossen ist, da dasselbe zu einer temporären Lipurie selbst stärksten Grades führen kann.

(Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 17, Heft 3—4.)

- Eine **Explosion bei Bereitung eines Zahnpulvers** kann leicht eintreten, wenn die von Créquy mitgetheilte (Société de thérap.) Formel ordinirt wird:

Rp.

*Borac.* 10,0  
*Kal. chloric.* 5,0  
*Magn. ust.* —  
*Cret. laevig.* aa 10,0  
*Ol. Menth. pip. gtt.* II  
*Saccharin.* 0,5  
 M. f. pulv.

Ursprünglich war sogar 1 gr Saccharin verordnet worden, wobei aber eine heftige Explosion entstand. Bei 0,5 soll „bei einiger Vorsicht eine Explosion vermieden werden können.“ Man sehe aber lieber von einer Combination von Kal. chloric. und Saccharin ab und verordne nie Kal. chloric. zusammen mit organischen Körpern und anorganischen, brennbaren Substanzen, wie Schwefel, Schwefelantimon in Pulverform.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 8.)



— Die **Gefahren des Velocipedfahrens** sind ärztlicherseits wohl zu beachten! L. H. Petit beobachtete 3 Fälle plötzlichen Todes bei Leuten mit Herzfehlern, und zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse:

1. Herzkrankheiten bilden eine völlige Gegenanzeige für die Anwendung des Velocipeds.
2. Gleichermassen müssen ältere Personen sich dessen enthalten.
3. Beide Kategorieen müssen, wenn sie sich diesem Sport hingeben, auf schwere, selbst tödtliche Zufälle gefasst sein.

Hallopeau hält das Radfahren nicht für so gefährlich und besonders das Verbot für ältere Leute nicht angezeigt. Daremberg und Verneuil beobachteten bei Tuberculösen bedeutende Verschlimmerungen infolge des Radfahrens und wollen auch diese von dem Sport ausgeschlossen wissen. Man will aber durch erfahrene Praktiker noch mehr Erfahrungen sammeln lassen und nimmt vorläufig folgende Resolution an:

1. Die Akademie empfiehlt den Personen, welche sich dem Velocipedfahren widmen wollen, sich vorher einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen.
2. Bei einem gesunden Menschen beeinträchtigt der mässige Gebrauch des Velocipeds in keiner Weise die Function des Herzens.
3. Die Erfahrung muss noch lehren, welche Rolle das Velociped in plötzlichen Todesfällen bei Herzkrankheiten spielt.
4. Die Anstrengungen, welche entweder mit der Lehrzeit zusammenhängen, wo man sonst wenig oder gar nicht gebrauchte Muskeln üben muss, oder mit zu raschem Laufe, müssen einzig und allein als gefährlich betrachtet werden.
5. Besonders für Kranke mit Aorteninsuffizienz oder nicht compensirter Mitralaffection muss das Verbot ein absolutes sein.

(Académie de medec. in Paris, September 1894. —  
Münchener med. Wochenschrift 1894 No. 38.)

— Zur **Entfernung von Rostflecken in der Wäsche**, wie sie durch Moor- und Eisenbäder geschehen, empfiehlt A. Schneider 2 Verfahren, beide gleich wirksam und die Wäsche nicht angreifend.

1. Die Rostflecken in der nassen Wäsche werden mit einer wässerigen Lösung von Tannin 1:20 eingerieben und die Wäsche dann 6 Stunden bei Seite gelegt; dann zunächst Wasserspülung, worauf die Flecke mit Seife gewaschen und wieder mit abgespült werden. Dann Einreibung der Flecke mit wässriger Oxalsäurelösung 1:20, worauf die Wäsche wieder 6 Stunden bei Seite gelegt wird. Endlich jetzt nochmals Wasserspülung behufs Entfernung der überschüssigen Oxalsäure. (Bei unvorsichtiger Handhabung der Tanninlösung z. B. bei Berührung mit Eisentheilen können neue Flecken, tintenartig, entstehen; dann eventuell Oxalsäure sofort!)
2. Die Rostflecken in der nassen Wäsche werden mit einer wässerigen Lösung von Schwefelkalium 1:100 eingerieben, die Wäsche 6 Stunden beiseite gelegt, dann mit Wasser gespült, mit Seife gewaschen und wieder mit Wasser gespült. Nun werden die schwarzen Flecke mit verdünnter Essigsäure eingerieben, die Wäsche 6 Stunden liegen gelassen und dann mit Wasser gespült. (Wegen des Schwefelgeruchs, der auch eventuell giftig sein kann, Arbeiten im Freien. Metalltheile laufen an!)

(Pharmac. Centralhalle 1894 Nr. 37.)



## Bücherschau.

---

**Der Geschlechtstrieb.** Von Prof. Dr. Hegar. Stuttgart 1894. Verlag von Ferdinand Enke. 154 S.

Der bekannte Autor wollte ursprünglich die ganze Frauenfrage bearbeiten, musste aber leider wegen vorgerückten Alters und Arbeitsüberhäufung davon abstehen, und sich damit begnügen, die vorliegende Frage, welche für jene Hauptfrage von einschneidendster Bedeutung ist, zu erörtern. Die vorliegende „social-medicinische“ Studie bietet des Interessanten sehr viel. Der über eine grosse Erfahrung verfügende Autor behandelt u. A. in sehr verständlicher und fesselnder Weise das Verhältniss des Geschlechtstriebes zu Staat und Familie und zeigt unter Zugrundelegung einer umfassenden Statistik die Nothwendigkeit einer planmässig geregelten Fortpflanzung und einer rationellen Zuchtwahl. Der Verfasser belehrt uns ferner, dass der Schaden der Unterdrückung des Geschlechtstriebes in Wirklichkeit nicht existirt, und dass die gegentheiligen Behauptungen wissenschaftlich durchaus nicht begründet sind. Noch zahlreiche andere wichtige Fragen werden gestreift, wobei immer wieder auf Bebel's Schrift „Die Frau und der Socialismus“ Rücksicht genommen und die falschen Ansichten dieses Autors ins richtige Licht gesetzt werden. Hegar's Buch ist ein würdiges Pendant zu Ribbings's „Sexuelle Hygiene“ und verdient wie dieses, vollste Beachtung auch seitens ärztlicher Kreise.

**Diagnostisches Lexikon.** Herausgegeben von Dr. A. Bum und Dr. M. T. Schnirer. III. Band. Wien und Leipzig. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Preis Mark 24.—.

Wir haben schon beim Erscheinen der ersten beiden Bände des Werkes auf die Vorzüge desselben aufmerksam gemacht und seine Wichtigkeit als Nachschlagebuch hervorgehoben. Der vorliegende Band nun, 936 Seiten stark, führt den Stoff bis zum Ar-

tikel „Ren mobilis“ fort und bringt wieder eine stattliche Reihe von ersten Autoritäten verfasster Arbeiten mit zahlreichen, vorzüglich ausgeführten Illustrationen. Wer sich über die Diagnose irgend eines Krankheitszustandes eingehender unterrichten will, findet hier alles, was er braucht, wobei natürlich die neuesten Forschungen und modernsten Hilfsmittel der Diagnostik volle Berücksichtigung erfahren haben.

**Leitfaden der gerichtlichen Medicin.** Von Dr. K. J. Seydel, Prof. und gerichtlicher Physikus in Königsberg i. Pr. Verlag von S. Karger, Berlin 1895. 296 S. Preis: Mk. 6.—.

Der Hauptwerth dieses Leitfadens für den praktischen Arzt liegt darin, dass der Verfasser den Stoff nicht gewissermaassen vom grünen Tisch aus bearbeitet, sondern dass er überall die mitten in einer ausgedehnten gerichtsärztlichen Praxis gesammelten Erfahrungen benützt, um einen Maassstab an seine Ausführungen anzulegen. Minder wichtige Capitel, Fragen, welche der Arzt in jedem Lehrbuch des betreffenden Faches genau genug beantwortet findet, sind daher nur gestreift worden, während speciell gerichtsärztliche Themata, z. B. Erstickungstod, Vergiftungen, Kindesmord, Leichenuntersuchung eingehender besprochen werden. Jedenfalls bildet das Buch einen zuverlässigen Berather in allen in das gerichtsärztliche Fach schlagenden Gegenständen und dürfte daher bald sich viele Freunde erwerben.

**Recept-Tasche.** Louis Heuser's Verlag, Neuwied und Leipzig. Preis: Mk. 2.—

Diese neue Recepttasche zeichnet sich durch dauerhafte, solide, dabei recht elegante Arbeit und Zweckmässigkeit aus. Die Innenseite enthält eine Schiefertafel zur Eintragung von Notizen, ferner finden wir, auf Pappe aufgedruckt, hier die Antidota acuter Vergiftungen, Dosirung einiger differ. Mittel bei Kindern, Dosen für subcutane Injectionen und die Maximaldosen der Pharmakopoë. Die kleine Mappe ist wenig voluminös, sodass sie bequem auch in kleineren Rock- und Manteltaschen unterzubringen ist.

In demselben Verlage sind ferner erschienen  
(Besprechung vorbehalten):

**Das natürliche Zweckmässigkeitsprincip in seiner Bedeutung für Krankheit und Heilung.** Grundgesetze und Grundsätze der physiologisch-hygienischen Therapie. Von Stabsarzt Dr. J. Fröhlich. II. Auflage. 1894. 258 S. Preis: Mk. 5.—.

**Die Psychotherapie (Hypnose).** Von Dr. Tatzel. 1894. 80 S. Preis: Mk. 1,80.

Ferner sind erschienen (Besprechung vorbehalten):

**Medicinal-Kalender und Recept-Taschenbuch der Allgem. medic. Central-Zeitung.** Herausgegeben von Dr. H. Lohnstein. Berlin 1895. Verlag von Oscar Coblentz. Mk. 2.—

**Medicinischer Taschen-Kalender.** Herausgegeben von Prof. Partsch, Dr. Jaenicke, Dr. Leppmann. Breslau 1895, Verlag von Preuss & Jünger. Preis: Mk. 2.—.

**Moderne Bäder, erläutert am Stuttgarter Schwimmbad.** Von Leo Vetter und Dr. Fetzner. Mit 5 Plänen, einer Abbildung und 2 Tabellen. Stuttgart 1894. Verlag von G. J. Göschen. 144 S.

**Die Beziehungen des Conus und der Excavation zum Sehvermögen ametropischer Augen.** Inaugural-Diss. Von E. Biller (aus der Wolffberg'schen Augenklinik in Breslau).

**Über Augen-Erkrankungen bei und nach Masern, nebst Bemerkungen zur Therapie.** Inaugural-Diss. Von Paul Müller (aus der Wolffberg'schen Augenklinik in Breslau).

**Sperminum Poehl.** Von Dr. G. Bubis. St. Petersburg 1894, Buchdruckerei von Wienecke. 75 S.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**№ 4.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Januar*

*IV. Jahrgang*

*1895*

---

**Anaesthesie, Narkose.** Dr. Barenfeld (München, chirurg. Klinik) hat über das **Vorkommen von Eiweiss im Urin nach Aethernarkosen** und über die Gefahren einer **Aethernephritis** Untersuchungen angestellt und unter 150 Fällen 4 Mal Eiweiss constatirt. 3 Mal aber war schon vor der Narkose Eiweiss vorhanden, der Eiweissgehalt war nachher nicht vermehrt. Nur beim 4. Fall war der Harn vor der Narkose eiweissfrei; der Patient, 32 Jahr alt, wegen einer Inguinalhernie operirt, fühlte sich nachher ausser 2 maligem Erbrechen ganz wohl, sein Urin zeigte aber einen Tag darauf beträchtlichen Eiweissgehalt (10,5:1000), obwohl er sonst subjectiv vollkommen wohl war und fieberfrei blieb; die Albuminurie ging während der nächsten 5 Tage zurück und war am 5. Tage ganz verschwunden. Darnach existirt wohl eine Aethernephritis nicht! Einen Beweis für die Ungefährlichkeit des Aethers für das Nierenparenchym lieferte auch ein 3 $\frac{1}{2}$  jähriger Knabe, dem wegen Hydronephrose die eine Niere exstirpirt wurde: er vertrug die Narkose vorzüglich, sein Urin blieb eiweissfrei!

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 41.)

— Becker hat im Anschluss an einige Fälle von rasch tödtlich verlaufendem Coma diabeticum im Anschluss an eine Narkose die Frage der **Acetonurie nach der Narkose** studirt, indem er bei 188 Narkotisirten 700 Einzeluntersuchungen vornahm. In etwa

$\frac{2}{3}$  der Fälle fiel die Legal'sche Probe positiv aus! Die Acetonurie begann meist wenige Stunden nach der Narkose und hielt mehrere Tage an. Welches Narkoticum angewandt wurde, wie lange die Narkose dauerte, wie stark die Aufregungszustände während derselben waren, Alter, Geschlecht, Art der Operation waren gleichgültig. Wenn auch die im Blute kreisenden, ziemlich geringen Mengen Aceton nicht gerade giftig wirken, so bleibt doch zu erweisen, ob nicht bei üblen Zufällen während und nach der Narkose das Aceton eine Rolle spielt, dessen Ausscheidung doch ein Zeichen vermehrten Eiweisszerfalles ist; jedenfalls könnte die Acetonämie doch Kranken mit schweren Stoffwechselstörungen gefährlich werden!

(Centralblatt für Chirurgie 1894 No. 38.)

- In Beantwortung der Frage: „Chloroform oder Aether?“ theilt Prof. Mikulicz (Breslau) mit, dass er, nachdem er versuchsweise ein Semester lang die Aethernarkose angewandt, jetzt doch wieder zum Chloroform zurückgekehrt sei, obwohl er bei den 80 ausgeführten Aethernarkosen keinen Todesfall zu beklagen hatte. Aber er erlebte während und besonders nach der Narkose Zufälle, die er nicht als so harmlos ansehen kann. Benützt wurde das Präparat von Merck und die Juillard'sche Maske. Die Auswahl der Fälle war eine äusserst strenge (Kranke mit Affectionen der Luftwege, kleine Kinder, ältere schwächliche Personen, Kranke mit schlechtem Herzen und hochgradig Anämische wurden nicht narkotisiert), doch erlebte Autor 3 Fälle von Asphyxie während der Narkose, 2 Fälle von Collaps nach der Narkose (1 Mal 10 Minuten, das 2. Mal, nach einer einfachen Mammaamputation 20 Minuten nachher), 4 Fälle von acuter Bronchitis nach der Narkose, 2 Fälle von Aetherpneumonien, von denen der eine mit Lungenödem compliciert war. Alle diese Zufälle waren ziemlich bedrohlich, es konnte aber noch der Exitus verhindert werden. Jedenfalls sind besonders der Spätcollaps und die Aetherpneumonie zu beachten! Keinesfalls aber kann heute, da die Statistik sich fast gar nicht mit den Zufällen und Todesfällen nach der Aethernarkose beschäftigt hat, gesagt werden, dass der Aether weniger gefährlich ist, als

Chloroform. Jede Narkose schliesst heute eine Gefahr in sich. Man soll daher zunächst sich bestreben, die Indication zur Narkose möglichst zu beschränken. Das viele Chloroformiren zu diagnostischen Zwecken ist ein grober Fehler, Autor macht davon schon seit Jahren kaum je Gebrauch und meint, dass man der Untersuchung in der Narkose fast ausnahmslos entrathen kann. Chloroformirt man, so wende man die Tropfmethode an! Autor benützte das theuere Chloroform Anschütz und das Präparat von Gehe & Co., einen Unterschied konnte er nicht constataren. Autor macht ferner darauf aufmerksam, dass Kranke mit schwerer Sepsis sehr schlecht Chloroform vertragen, wobei es gleichgültig ist, ob eine schwere septische Phlegmone, eine Peritonitis, eine jauchige Pleuritis oder ein anderer septischer Process vorliegt. Die bei diesen Processen gebildeten Toxine sind schwere Herzgifte, und die Chloroformnarkose kann bei einem so vergifteten Herzen leicht plötzliche Herzlähmung herbeiführen. Daher ist es nicht erlaubt, schwer Septische tief zu chloroformiren (ist auch meist nicht nöthig, da der Kranke, unter dem Einfluss der anästhesirenden Toxine stehend, durch oberflächliche Narkose genügend schmerzfrei gemacht wird; die Patienten sind zu oft dabei unruhig, machen Abwehrbewegungen, schreien, aber daran sind die den Septischen peinigenden Angstgefühle schuld). Ueberhaupt ist Autor kein Freund tiefer Narkosen; letztere sind nach seiner Ansicht, selbst wenn man dem Kranken jeden Schmerz ersparen will, meist überflüssig, sofern man nicht aus technischen Gründen, z. B. zur völligen Muskeler schlaffung (Luxationen!) ihrer bedarf. Autor empfiehlt sonst warm die Halbnarkose: man wartet bis die Kranken aufhören zu zählen und tief und gleichmässig athmen. Das genügt bei kleinen Operationen fast stets (einen Schrei, eine Abwehrbewegung beachte man nicht!), häufig lässt sich der Operirte schon im nächsten Moment durch Anrufen zum Bewusstsein bringen, ohne eine Erinnerung an den ganzen Vorgang zu haben. Bei grösseren Operationen kann man häufig, wenn die tiefe Narkose 20—30 Minuten gedauert hat, weiterhin mit der Halbnarkose auskommen; oft kommen die Operirten halb zum Bewusstsein, öffnen auf Verlangen den Mund, reagiren auf Anrufen, und liegen doch ruhig da,



ohne Schmerzen zu empfinden, sodass sie sich nachher an nichts erinnern.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 Nr. 46.)

- Einen warmen Fürsprecher findet die **Bromaethyl-Narkose** in Dr. Krecke (München), da dieselbe „für die kleineren Eingriffe der täglichen Praxis von ganz ausserordentlichem Werth“ ist und sich dadurch auszeichnet, dass „sie ausserordentlich schnell eintritt, sehr schnell abläuft und durchaus keine unangenehmen Nachwirkungen hinterlässt.“ Autor hat nie beunruhigende Erscheinungen erlebt, was er zum Theil seiner vorsichtigen Handhabung zuschreibt! Er verwendet nie grössere Mengen, als 10 gr Aether bromat. puriss. Merck (vom Apotheker in kleine 10 gr haltende Gläser abgefüllt) und bedient sich der gewöhnlichen Esmarch'schen Maske. Er fordert den Kranken auf zu zählen, giesst zunächst nur ca. 2 gr auf und bedeckt die Maske noch mit einem mehrfach zusammengelegten Handtuch. Nach einigen Secunden, währenddem er das Glas mit einem Finger verschlossen hält, giesst er den Rest in der Weise nach, dass die Flüssigkeit gleichmässig über die ganze Oberfläche der Maske vertheilt wird. Nach Ablauf von einer halben bis einer ganzen Minute tritt fast immer die Narkose ein: der Kranke spricht die Zahlen immer undeutlicher aus, zuletzt gleichen dieselben nur noch unartikulirten Lauten und jetzt ist die Analgesie bereits so vollständig, dass man mit der Operation beginnen kann, zu der selbstverständlich schon alles vorher eingerichtet sein muss, da nach 2—3 Minuten bereits das Bewusstsein wiederkehrt. Letzteres geschieht in der Regel so, dass der Kranke die Augen öffnet, zunächst irgend etwas Unverständliches spricht und dann plötzlich, zumal wenn man ihn anruft, ganz munter und wohl wird, sodass er sofort seinem Beruf nachgehen kann; jede üble Nachwirkung fehlt meist, nur ein knoblauchartiger Geruch des Athems bleibt und kann noch 24 Stunden anhalten. Während des Narkotisirens hat man oft mit einem heftigen Excitationsstadium zu thun, besonders bei Potatoren und nervösen Frauen. Man sichere sich also als Assistenz kräftige Hände! Die Bromaethyl-Narkose ist ausserordentlich empfehlenswerth bei kleineren Ein-

griffen: Zahnextraction, Incision von Panaritien, Furunkeln, Abscessen, Phlegmonen, Auskratzungen tuberculöser Herde, Kauterisationen von Fistelgängen, Exstirpation kleinerer Geschwülste. In 2 Fällen nahm Autor auch die Enucleation eines hühnereigrossen Strumaknotens vor, was vorzüglich gelang; allerdings mussten 2 Mal à 10 gr Bromäethyl verwandt werden, in der ersten Narkose erfolgte die Durchtrennung der Haut und Musculatur, in der zweiten die Incision der Kapsel und Aushülung des Knotens. Autor öffnet jetzt jedes Panaritium unter Bromäethyl-Narkose, da man dabei unter Blutleere den Herd in ganzer Ausdehnung freilegen, alles Kranke fortnehmen und eine genaue Tamponade vornehmen kann. Sieht man mal, dass bei einer Operation die Bromäethyl-Narkose nicht ausreicht, so kann man ruhig zu Aether oder Chloroform übergehen; diese Combination ist nicht nur nicht gefährlich, sondern sogar ganz zweckmässig, da die Narkose dann sehr rasch eintritt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 41.)

- Die locale A. mit König'schem Aether (chem. Fabrik von Dr. H. König u. Co., Leipzig, Dufourstr. 15) empfiehlt warm Prof. Dr. Th. Kölliker (Leipzig). Derselbe hat neuerdings die längere Zeit aufgegeben Aetheranaesthesie wieder aufgenommen, weil die Nachtheile, die sich früher bemerkbar machten (lange Dauer bis zum Eintritt der Unempfindlichkeit, lebhafte Schmerzen bei Wiederkehr des Gefühls), bei dem König'schen Präparat fehlen; letzteres wirkt sehr rasch und vollkommen, und der Schmerz bleibt minimal. Man benütze den Richardson'schen Zerstäuber, bringe das Rohr der betreffenden Hautstelle ganz nahe und treibe das Gebläse mit raschen und kurzen Stössen. So bewährt sich die locale A. bei Incisionen bei oberflächlichen Abscessen und Panaritien, Furunkeln, Exstirpationen von Atheromen, Dermoidcysten und anderen Tumoren, für Operation des Unguis incarnatus, Tenotomieen und ähnliche kleinen Eingriffen; sie ist aber auch bei grösseren Operationen, Laparotomieen, Herniotomieen u.s.w. zu gebrauchen, falls Contraindicationen für die allgemeine Narkose vorliegen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 47.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Dr. A. Steuer (Krakau, Garnisonspital) hat bei zahlreichen chirurgischen Fällen das **Thioform** angewandt, und zwar mit Absicht bei solchen, die schon längere Zeit mit Jodoform behandelt worden waren, aber dabei eine Heilungstendenz nicht zeigten. Zunächst 5 Fälle von **Ulcus cruris varicosum**, guldenstück- bis handtellergröss, bei denen es zu üppigen Granulationswucherungen gekommen war, welche einige Monate vorher vergebens abgetragen und geätzt worden waren. In sämtlichen Fällen trotz ambulanter Behandlung unter Thioform schnelle Ueberhäutung erzielt. Das auch hierbei versuchte Dermatol hatte entschieden nicht so kräftige Wirkung! Ferner 4 Fälle von **Ulcus molle** am Penis und Praeputium zum Theil mit Pulver, in dicker Schicht aufgetragen, theils mit 10% Salbe behandelt, und zwar mit raschem Effect. Von Hautkrankheiten wurde **Favus** in 2 allen Mitteln trotzenden Fällen mit 10% Thioform-Vaselinsalbe behandelt; Heilung nach 3 Wochen. Die Behandlung bestand in täglicher Entfernung der Krusten nach Aufweichen mit Tafelöl und nachherigem messerrückendicken Aufstreichen der Salbe. Ebenso vorzüglicher Erfolg bei 10 Fällen von **nässendem Ekzem**. Auch bei **Otitis media purulenta** nicht specifischer Art bewährte sich Thioform ausgezeichnet. 8 Fälle von chronischer und 12 Fälle von acut-eitriger Mittelohrentzündung wurden mit Ausspritzen, Luftdouche, Einblasen von Thioform und Einlegen eines mit letzterem bestreuten Tampons behandelt und von den ersteren 6 Fälle von ausgedehnten, fast die Hälfte des Trommelfelles einnehmenden Perforationen zur Vernarbung gebracht, in den beiden anderen Fällen sistirte wenigstens die Secretion vollkommen. Die Erkrankungen bestanden seit 6 Monaten, resp. 8—12 Jahren und waren im Anschluss an Traumen (2), Typhus (2), Scarlatina (1), Variola (1), Meningitis (2) entstanden. In allen Fällen war der Status etwa der gleiche: fast  $\frac{1}{3}$  bis die Hälfte des Trommelfells einnehmende, vorn unten liegende Perforationsöffnung, deren Ränder glatt, mit Eiter belegt, die Oeffnung selbst durch Eiterfetzen und Epidermisplatten verlegt, nach deren Entfernung die kirschroth injicirte, stark geschwellte Paukenhöhlenschleimhaut sichtbar wurde. In einem Falle war eine linsengrosse Oeffnung zurückgeblieben, durch welche ein Granulom wucherte, welches nach Bepudern mit

Thioform in 3 Tagen völlig schrumpfte. Betrug die Perforationsöffnung die Hälfte des Trommelfells oder mehr als diese, so konnte keine Vernarbung erzielt werden, stets aber kam es zum Sistiren der Secretion in 5 Tagen bis höchstens 2—3 Wochen; niemals kam es zur Krustenbildung oder zur Eiterretention. Autor fasst endlich seine Beobachtungen folgendermaassen zusammen:

1. das Thioform wirkt vorzüglich austrocknend und secretionsbeschränkend und empfiehlt sich in allen Fällen von profusen Eiterungen. Es ist ungiftig und kann in grosser Menge aufgestreut werden (es ist ebenso theuer, wie Jodoform, aber viel leichter, also viel sparsamer anzuwenden);
2. empfiehlt es sich dringend bei nässenden Ekzemen als 10% Salbe;
3. bei acuten und chronisch-eitrigen Mittelohrentzündungen, sowie zur Schrumpfung von Granulomen und kleinen Polypen.

(Wiener medic. Wochenschrift 1894 Nr. 40.)

— Um stets eine antiseptische und aseptische Salbe zur Verfügung zu haben, liess Dr. O. Wolff (Frankenstein in Schl.) eine Blechkapsel von 7 cm Höhe und 3 cm Durchmesser anfertigen. Die Kapsel hat zunächst einen beweglichen Boden, sodass, wenn man denselben mit dem Daumen in die Höhe schiebt, die Salbe oben heraustritt. Oben nun ist das Gefäss nicht vollständig offen, sondern zur Hälfte durch eine Blechscheibe verschlossen. Der Deckel, welcher zunächst auf die Kapsel kommt, ist nun oben ebenfalls nur zur Hälfte offen, zur Hälfte aber durch eine Blechscheibe verschlossen. Dreht man nun den Deckel so, dass die oben geschlossene Hälfte gerade die unten offene Hälfte deckt, so ist die Kapsel vollständig geschlossen. Zur grösseren Sicherheit wird aber über das Ganze noch ein Deckel geschoben, der etwas niedriger, als der erste, ist und keine durchbrochene Hälfte hat. Will man nun die Salbe benützen, so entfernt man den oberen Deckel, indem man dabei den unteren Deckel mit 2 Fingern festhält, dreht dann den unteren Deckel etwas nach rechts, sodass eine dreieckige Oeffnung entsteht, drückt darauf mit dem Daumen den beweglichen Boden und damit die Salbe soweit in die Höhe, dass eine für den Augenblick genügende

Quantität zu dem Schlitz herausquillt, dreht sofort den Deckel wieder zurück, sodass die ausgetretene Salbe von der im Innern befindlichen getrennt und letztere von dem Deckel wieder vollständig bedeckt wird, entfernt nun die erstere mit aseptischem Finger oder Spatel und setzt den oberen Deckel sofort zurück auf die Kapsel. Zu der Salbe haben also pathogene Keime möglichst keinen Zutritt und man besitzt stets eine aseptische Salbe. Unterwegs trage man sie, damit kein Schmutz sich am Boden ansetze, in einem Pappconvolut (Kapsel in diesem Convolut sammt 50 gr. Inhalt zu haben bei Apotheker Wetzels in Frankenstein für M. 2,50). Der Inhalt ist:

**Rp.**

*Acid. boric. 10,0*

*Lanolin. 70,0*

*Vaselin. ad 100,0.*

Das Lanolin und Vaseline werden vorher durch Kochen sterilisirt, die Kapsel vor dem Füllen ebenfalls 10 Minuten lang gekocht. Autor benützt die Salbe bei kleinen Wunden (auch genähten) als Heftpflasterverband: die Wunde wird mit Jodoform bestreut, dann ein Streifen Heftpflaster darüber applicirt, der vorher (mit Ausnahme der beiden Enden, die zum Kleben gebraucht werden) mit der Salbe bestrichen wird. Beim gewöhnlichen Wundverband streut Autor Jodoform auf, darüber kommt mit obiger Salbe bestrichene Gaze, dann Watte und Binde. Auch zum Bestreichen von Bougies, Kathetern, geburtshilflichen und gynäkologischen Instrumenten, der Finger bei Untersuchungen u. s. w. eignet sich die Salbe vorzüglich.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 81.)

— E. A. Reinicke (Leipzig, Universitäts-Frauenklinik) hat bakteriologische Untersuchungen über die Desinfection der Hände angestellt, welche zu folgenden Schlüssen berechtigen:

1. Mit Hilfe der gegenwärtig gebräuchlichen, auf chemischem Wege wirkenden Antiseptica ist innerhalb eines Zeitraumes, wie er für die Verhältnisse der Praxis noch zulässig ist, in einer die Haut nicht angreifenden Concentration eine unter allen Umständen

sichere Desinfection stärker keimhaltiger Hände nicht zu erreichen.

2. Nach vorausgegangener Reinigung der Hände mit heissem Wasser, Seife und Bürste während der Dauer von 5 Minuten bewirkt 3—5 Minuten langes Bürsten mit Spiritus (90% Alkohol) und nachheriges Abspülen in einer aseptischen Flüssigkeit mit grosser Wahrscheinlichkeit absolute Keimfreiheit.
3. Eine möglichst sichere Schnelldesinfection erreicht man durch Bürsten während 5 Minuten in Spiritus.

Letzteres Verfahren bewährte sich auch bei zahlreichen praktischen Versuchen im Kreissaal und bei Operationen. Nach dem Bürsten in Spiritus thut man gut, die Hände nochmals in keimfreiem Wasser oder in einer aseptischen Flüssigkeit abzuspuhlen, damit auch die Keime, welche zwar von der Unterlage abgelöst sind, aber noch in dem der Haut anhaftenden Spiritus sitzen, entfernt werden. Den Alkohol kann man mehrere Male benützen, wenn man die Vorsicht braucht, möglichst wenig Wasser zu übertragen und ihn von Zeit zu Zeit zu filtriren, um ihn von den suspendirten Epidermisschuppen zu befreien. In der Privatpraxis kann man im Nothfalle zu dem billigeren denaturirten Spiritus greifen. Schädigungen der Haut und sonstwelche bewirkt der Alkohol nicht. Bei manchen Personen aber verursacht energische Anwendung der Bürste schmerzhaftes Rhagaden und Excoriationen. Watte ergab keine günstigen Resultate, sie ist jedenfalls zu weich, um mechanisch zu wirken. Dagegen wurden vorzügliche Resultate mit Laofahschwamm erreicht, der etwas derber als Watte, aber weicher als die Bürste ist und Auskochen verträgt; freilich muss man dabei, da man mit dem Schwamm die Unter nagelräume nur wenig treffen kann, letztere dadurch desinficiren, dass man sie mit einem spitzen in Spiritus getauchten Hölzchen wiederholt auskehrt.

(Centralblatt für Gynäkologie 1894 No. 47.)

- Dr. Kronacher (München) hat einen kleinen, bequemen leicht transportablen und billigen **Sterilisationsapparat für Verbandstoffe und Instrumente** construirt (zu beziehen von Otto Reinig, München, Zweigstr. 5.

Preis bei Zinkblech 15—17 M., bei vernickeltem Kupfer das doppelte). Der mit Asbest bekleidete Sterilisator hat die Form eines Viereckes, ist 33 cm lang, 16 cm breit und einschliesslich des Dampfentwickelungsraumes  $17\frac{1}{2}$  cm hoch, mit Spiritus, event. mit Gas heizbar. Er besteht aus einem, das Ganze umhüllenden Mantel, den Verbandstoffkasten darstellend, mit einem Drahtkorb im Inneren; die Dampfentwicklung findet am Boden dieses Gefässes statt; sodann aus einer beim Sterilisiren herauszunehmenden Pfanne für die Instrumente. Beiden Theilen werden vor dem Gebrauche je 4 Metallfüsse angefügt. Nebenbei enthält der Apparat noch eine Büchse mit 3 Fläschchen für zu sterilisirende Flüssigkeiten (Cocain, Jodoformöl u. a.), eine weitere für eine Flasche mit Soda zum Auskochen der Instrumente. 2 weitere Büchsen enthalten die Lampen für Verbandstoff- und Instrumentengefässe. Sämmtliche Utensilien sind in dem äusseren Mantel vollständig untergebracht, und lassen sich zum Gebrauche sehr leicht und rasch auseinandernehmen und zusammenfügen. Da die Instrumente nur 5 Minuten in der kochenden Sodalösung zu verbleiben haben, so war eine Trennung der Pfanne vom Verbandstoffkasten während der Sterilisation nothwendig. Für die Verbandstoffe ist  $\frac{1}{2}$ , für die Instrumente 1 Liter Wasser erforderlich. Die Lampen brennen über  $\frac{1}{2}$  Stunde, die Dauer bis zum Sieden des Wassers beträgt 5 Minuten. Die Verbandstoffe erreichen eine Temperatur von über  $98^{\circ}$  und sind sehr trocken.

(Münchener med. Wochenschrift 1894 No. 46.)

- Einen tragbaren Apparat für Sterilisation von Sonden mittelst Wasserdampfes, von Duchatelet angegeben, verfertigt M. Aubry (Paris). Der Apparat, bestimmt zur raschen und sicheren Sterilisation nur einer oder einiger Sonden eines Patienten, stellt eine 2 schalige Blechbüchse dar von 40 cm Länge, 3 cm Breite und Höhe. Mittelst zweier Träger, die auch mit zum Verschluss der Büchse dienen, können die beiden Schalen übereinander gestellt werden; in die untere kommt etwas Spiritus, in die obere Wasser, welches erhitzt wird. In der oberen Schale ist in einer Drahtfeder die zu sterilisirende Sonde sicher aufbewahrt und wird hier durch den Wasserdampf sterilisirt. Giesst man dann die Flüssigkeiten weg und schliesst die

Büchse, so hat man eine sterilisirte Sonde in sterilisirtem Raum zum Gebrauch bereit.

(Annales des malad. des organes génito-urin. 1894 No. 8. — Monatshefte für prakt. Dermatologie 1894 Bd. XIX Heft 9.)

**Blutungen.** Zahnarzt Dr. med. Windmüller (Hamburg) empfiehlt bei **B. nach Zahnextraktionen.** wenn diese profus sind und nicht bald stehen, die **Naht.** Man desinficire und reinige gründlich das Operationsfeld und lege dann mit starker Seide (Patentnadel, Carbolseide No. I) eine Naht an (wenn nöthig auch 2 und mehr). Am praktischsten keine Jodoformgazetamponade vorher, da sonst die prima intentio verhindert wird, auch beim Herausnehmen des Tampons leicht neue B. entstehen können, besonders bei den Haemophilen.

(Zahnärztl. Wochenblatt 1894 No. 376.)

— Zahnarzt Witzel (Wiesbaden) theilt einen **merkwürdigen Fall von Blutung** mit: Patientin hatte vor 14 Tagen eine starke Blutung aus dem Munde, die aber von selbst verging. Vor einigen Tagen wiederholte sie sich und dauerte ununterbrochen einen Tag und eine Nacht an. Die Frau hatte noch nie Zahnschmerzen, hat sich noch nie etwas im Munde machen lassen! Zähne vollständig und gesund, bis auf die beiden oberen Weisheitszähne, deren Kronen durch Caries ganz zerstört sind; Wurzel des linken oberen mit Zahnfleisch überdeckt, das aber durchaus nicht gelockert erscheint. Wo dieser Zahn mit dem 2. Molaren zusammenstösst, etwas Blut. Bei der Sondenuntersuchung an dieser Stelle wieder sehr heftige Blutung (hellrothes Blut) aus einer offenen Arterie des über der Wurzel gelagerten Zahnfleisches. Da die Patientin sehr geschwächt war und im 7. Monat gravid, Stillung der Blutung nur mittelst Galvanokauters und Compressen von Baumwollenkugeln. Woher die Blutung? Jedenfalls war an jener Wurzel eine scharfe Schmelzkannte, die das Zahnfleisch erst zur Wucherung gereizt hat, bei einem scharfen Biss jetzt aber eine kleine Arterie des Zahnfleisches durchschnitt.

(Zahnärztl. Wochenblatt 1894 No 384.)



— Dr. Potejenko hat das **Extract. fluid. Gossypii herb.** als ausgezeichnetes Blutstillungsmittel schätzen gelernt. Bei 59 Fällen wandte er es an, bei 52 davon mit Erfolg. Er verschrieb 3—4  $\times$  täglich je 20—30 Tropfen, so 4—5 Tage lang, nie über 10 Tage hinaus; das Mittel wirkte oft bereits nach 1—2 Tagen, wo andere Mittel versagt hatten. Meist waren es **Blutungen aus den weiblichen Genitalien**, dann **Epistaxis** und **Haemoptoë**, auch 1 Fall von Blutung aus dem Rectum, 1 Fall von Haematoemesis. Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Baumwollenstaude ist ein unschädliches und dabei ausgezeichnetes Blutstillungsmittel, welches die Verdauung nicht stört, sondern sie im Gegentheil begünstigt.
2. Man kann das Mittel mit Nutzen bei B. während der Schwangerschaft anwenden.
3. Es ist unnöthig, die einzelnen Dosen über 30 Tropfen hinaus zu steigern.

(Medicinskoje Obosrenie. —  
Medicinish-chirurg. Rundschau 1894 No. 22.)

— Auch Narkewicz empfiehlt die **Baumwollenstaude** als **Blutstillungsmittel** sehr. Er giebt aber Infus (15,0:180,0,  $\frac{1}{2}$ —1 stündl. 1 Esslöffel). Er wendet es nicht nur in gynäkologischen Fällen, sondern nach jeder Geburt an, wo Atonie des Uterus besteht, sowie nach allen geburtshülflichen Operationen.

(Zemski Wratsch. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 82.)

**Cholelithiasis.** Eine Anfrage betreffs der besten **Behandlung der Gallensteinkolik** beantwortet Dr. Hillebrecht (Rodenberg) folgendermaassen: „Wenn die Gallensteine nicht zu gross sind, sodass sie nur auf operativem Wege entfernt werden können, habe ich Glycerin intern gegeben, 3 mal täglich 10—15 gr. Bei Gallensteinkoliken habe ich dann noch als nichtstopfendes Anodynum Extr. Bellad. zusetzen lassen (0,3—0,6:200,0). Dabei als mildes, nicht schwächendes Aperiens:

**Rp.**

*Rad. rhei* 20,0

*Natr. sulfuric.* 15,0

*Natr. nitric.*

*Natr. chlorat. aa* 5,0.

M. f. pulv.

D. S. Abends  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Theelöffel mit  $\frac{1}{2}$  Glas Wasser zu nehmen.

Bei dieser Behandlung habe ich mannigfach schonenden Abgang der Gallensteine und bedeutende Besserung gesehen.

(Aerztlicher Central-Anzeiger 1894 No. 42.)

— Dr. R. Gersuny stellt folgende Indicationen für die operative Behandlung der Ch. auf:

1. Momentane Gefahr.

Diese kann in verschiedener Weise bedingt sein, z. B. durch Berstung der Gallenblase, Undurchgängigkeit des Darmes, beginnende Sepsis. Wenn die Sepsis sich auch nur spurweise zu entwickeln beginnt, ist die Operationsfrage dringend geworden. Es können solche Fälle auch bei expectativer Behandlung genesen, doch ist die Lebensgefahr geringer bei einem operativen Eingriff.

2. Grosse Häufigkeit der Kolikanfälle und dauernder Icterus.

Grosse Häufigkeit der Anfälle lässt uns fürchten, dass die vervielfachte Gefahr dem Patienten doch einmal verhängnissvoll werde. Ferner ist das Moment der permanenten Irritation nicht zu unterschätzen, welche zur Bildung von Carcinom führen kann. Der dauernde Icterus hat in der Regel ein allmähliges Herabkommen des ganzen Organismus zur Folge, sodass man auch um der besseren Ernährung des Kranken willen zur Operation genöthigt sein kann.

3. Arbeitsunfähigkeit und durch Schmerzen gestörter Lebensgenuss.

Wenn auch keine momentane Gefahr ein Eingreifen nöthig machen würde, hingegen die Beschwerden den Menschen zwingen, nichts Anderes zu thun, als seiner Krankheit zu leben, so ist schon dadurch eine Indication zur Operation gegeben. Handelt es sich gar um ein Individuum, das gezwungen ist, von seiner Hände Arbeit zu leben, so ist man aus socialen Gründen gezwungen, diese Indication als maassgebend anzusehen.

(Wiener medic. Club, 14. November 1894. —  
Wiener medic. Presse 1894, No. 47.)

— Dr. A. Schüle (Heidelberg, medic. Klinik) theilt einen Fall von Duodenalstenose durch einen Gallenstein mit: Die 35jährige Patientin, welche am 29. V. 94 aufgenommen wurde, war bis 1890 gesund, wo sie  $\frac{1}{4}$  Liter Blut er-

brochen haben will, ohne vorher oder direct nachher Magenbeschwerden zu haben. Seit 3 Jahren leidet sie aber an unregelmässig auftretenden, nicht besonders intensiven Schmerzen im rechten Hypochondrium. Im Anschluss an die letzte Entbindung (Anfang IV. 94) stellten sich „Magenkrämpfe“ ein, ferner erbrach Patientin täglich 1—2 Mal, besonders nach dem Essen, litt an Anorexie, Durstgefühl, Aufstossen, Obstipation. Bei der Aufnahme ist der Magen stark gefüllt, reicht mit der grossen Curvatur bis 5 cm unterhalb der Nabelhorizontalen, die kleine Curvatur etwas tiefer, als normal, die Leber überragt den Rippenbogen 3 Finger breit, der untere Rand palpabel, etwas dick, nicht druckempfindlich, Magenausspülung ergiebt nüchtern reichlich unverdaute Speisereste, die freie HCl. enthalten; kräftiger Ernährungszustand. Diagnose: Gastropse mit motorischer Insufficienz. Täglich Ausspülungen. Befinden gut bis 8. VI. Da plötzlich heftige Schmerzen im Epigastrium, reichliches Erbrechen von Speisen, Magenausspülung. Am 9. Nachmittags wieder mehrmals heftiges Erbrechen, Magenausspülung. Nachmittags plötzlich heftiger Collaps (Temp. 35,5°); bei der Untersuchung findet sich eine nach dem Erbrechen und Ausspülen doppelt auffällige, starke Füllung des Magens. Abdomen nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich. Erbrochenes riecht eigenthümlich widrig, aber nicht kothig; keine freie HCl. — Analeptica. Tags darauf noch Collaps und Erbrechen. Ausspülung des immer noch (oder gleich wieder) angefüllten Magens, wobei sich massenhaft Galle entleert, zuerst ältere, dann aber immer frischere, die das Ausspülwasser grün färbt. Nachmittags Collaps verschwunden, dafür aber Coma mittelschwer; Athmung sehr tief und langsam, unruhiges Hin- und Herwerfen. Urin 100 ccm in 24 Stunden, frei von Eiweiss, Zucker, Aceton. Am 11. auf Wassereinfluss hellgelber Stuhl, Coma dauert fort, keine Darmperistaltik zu sehen. Nährklystiere und Enteroklysen von 2 Mal 500 ccm Wasser. Tags darauf Coma unverändert, im Ausgeheberten viel Galle, Urin 1600 ccm, durch Katheter entleert. Am 13. Benommenheit geringer, spontanes Uriniren, Menge 2200. Am nächsten Tage wenig Galle im Ausgeheberten, 2 dünne Stühle, mit denen sich ein Gallenstein entleert. Tags darauf Coma weg, Urin 1600 ccm. Von da an Euphorie, der nüchterne

Magen leer, Gewichtszunahme. Am 28. Entlassung. — Die anfängliche Diagnose Gastropse wurde, als die beständige Wiederauffüllung des Magens mit Galle auf eine Störung der Fortbeförderung derselben im Darne hinwies, welche am Anfangstheil des Darmes localisirt sein musste (es fehlte ja jeder Meteorismus, jeder Motus peristalticus, Obstipation und Ileus) auf „Stenose des Duodenum distal von der Einmündung des Ductus choledochus“ abgeändert. Die Ursache der Stenose blieb unklar, bis der Gallenstein erschien, wobei auch die früheren „Magenkrämpfe“ ihre richtige Deutung als Ch. erfuhren. Der Stein hatte offenbar in der mit dem Duodenum verwachsenen Gallenblase gesessen, war aber durch irgend eine Ursache (vielleicht das Pressen während der Magenspülungen) ins Duodenum durchgebrochen; dort bewirkte er zwar keine mechanische Occlusion, aber der Darm contrahirte sich wahrscheinlich spastisch um den Fremdkörper und veranlasste so einen beinahe völligen Verschluss, sodass der grösste Theil der Galle in den Magen abfloss. Das Coma zeigte ganz den Charakter eines diabetischen (langsames, tiefes Athmen, die Frequenz und Kleinheit des Pulses, die niedrige Temperatur, die motorische Unruhe!). Dies Coma findet sich aber auch manchmal bei Magencarcinom, dyspeptischen und schweren anämischen Zuständen, Cystitis, Nephritis, Morbilli, Scarlatina; hier scheinen (da kein deutlicher Icterus bestand, ist wohl „cholämisches Coma“ ausgeschlossen) Toxine, abnorme Verdauungsproducte die Ursache gewesen zu sein. Was die Therapie anbelangt, so war bei der grossen Schwäche eine Operation nicht indicirt. Ausser Analeptics und Nährklystieren wurde also das Hauptgewicht auf tägliche Magenspülungen gelegt, durch welche der Organismus von der schädlichen Wirkung stagnirender Darm- und Lebersecrete befreit und eine etwa bestehende Lageveränderung der Därme behoben werden sollten. Dies bezweckten auch die Darneinläufe, welche auch die Diurese steigern sollten, die sehr darniederlag (100—300 ccm pro die). Das wurde auch erreicht; von dem Tage der ersten Darneinläufe betrug die Menge 1000—1600 ccm. Dieser Umstand mag wohl am meisten die Patientin befähigt haben, das schwere Coma zu überwinden! Diagnostisch für distale Duodenalstenosen wichtig sind nach Hochhaus 4 Merkmale: 1. Reichlicher, galliger

Mageninhalt, 2. auffallender Wechsel im Verhalten der freien HCl. und der Verdauungstüchtigkeit des Magensecrets (doch etwas zu vieldeutig!), 3. reichliches Erbrechen trotz sorgfältiger Magenausspülung, 4. in anamnestischer Beziehung Erkrankung der Gallenwege. Am meisten charakteristisch für die tiefe Duodenalstenose ist aber die andauernde Ueberschwemmung des Magens mit Galle. Hierzu gehört als wesentlichstes Moment aber noch das Fehlen kothigen Darminhalts in demselben, des Ileus, sowie des erhöhten Motus peristalticus der Därme, resp. das Fehlen des Meteorismus. Diese beiden Symptome, das positive und das negative vereint, beweisen, dass der Darm stenosirt ist, und dass die Verengung einerseits nicht in den tiefen Abschnitten sitzen kann, andererseits, dass sie nicht proximal vom Einmündungspunkt des Ductus choledochus localisirt ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 45.)

**Diphtherie.** Dr. Theodor Schüller (Berlin) operirt mit dem **Aronson'schen Antitoxin** (Schering'sche Fabrik in Berlin) seit einem halben Jahre. Gelegentlich einer recht schweren Diphtherie-Epidemie erkrankten in einem Mädchenhort (daselbst versammeln sich Kinder armer Leute nach geschlossener Schule von Mittags 1 bis Abends 7 Uhr) 12 Mädchen an D., von denen 2 starben. Autor impfte nun die übrigen 53 Kinder mit Antitoxin, kleinere mit 1 ccm, grössere mit 2 ccm. Alle blieben gesund mit Ausnahme eines, der Schwester des an sehr schwerer D. vor der Impfung verstorbenen Kindes; die Erkrankung, sehr leichter Natur, ging binnen wenigen Tagen in Genesung über. (Demnächst soll eine concentrirtere Antitoxinlösung ausgegeben werden, mit der die Immunisirung wohl noch besser gelingen dürfte). Einige der Kinder waren übrigens Geschwister bereits erkrankter Kinder; Isolirung fand nicht statt. Autor impfte ausserdem noch 36 Kinder in 29 Familien, bei denen schon 1—2 Kinder an D. erkrankt waren, wobei Isolirung nicht stattfand: überall gelang die Immunisirung vollkommen. Die therapeutische Wirksamkeit des Antitoxins wurde bei 32 Kranken erprobt, denen nie mehr als 4—5 ccm injicirt wurden (anfangs von der Immunisirungslösung, später von der concentrirteren Heillösung); meist genügte

eine Injection, selten musste dieselbe wiederholt werden. Allerdings kamen die meisten Patienten am 1. Tage der Erkrankung in die Behandlung. Eine Arznei wurde nicht verordnet, nur mit einer schwachen Salzlösung inhalirt resp. gegurgelt. Es starb nur ein Kind von 5 Jahren, das erst am 8. Tage mit gewaltigem, stinkendem Belag in Behandlung kam, alle anderen Kinder, zum Theil recht schwer krank, genasen! Bei keinem trat eine Nachkrankheit, speciell Lähmung ein! Autor injicirte stets mit einer 10 ccm haltenden Pravaz-spritze, die vorher durch absoluten Alkohol und 3% Carbollösung desinficirt worden war, möglichst tief entweder in die Gegend zwischen den Schulterblättern am Rücken oder in die Oberschenkel ein: nie wurde Schmerz oder eine andere Reaction bemerkt!

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 88.)

- Auch Prof. Dr. Bókai hat mit dem **Behring'schen Serum** erfreuliche Resultate erzielt. Er wandte es bei 35 Kranken an, von denen 20 unter 4 Jahren, 5 unter 5 Jahren, 7 unter 7 Jahren, 2 unter 8 Jahren und einer 12 Jahre alt war. 5 Kranke starben, also Mortalität  $14\frac{1}{3}\%$  (in denselben Monaten Heilresultat 1891: 43,2%, 1892: 57,1%, 1893: 38,3%, 1894: 85,6%). Von den 35 Patienten war 9 Mal reine Rachendiphtherie, 7 Mal Rachen- und Nasendiphtherie, 4 Mal bei Rachendiphtherie mässige Kehlkopfverengung, 15 Mal die schwersten Symptome der Kehlkopfdiphtherie vorhanden, so dass also 37% leichte, 63% schwere Fälle zu verzeichnen waren. Die günstige Wirkung des Serums war am eclatantesten bei jenen schweren Croupformen mit besorgniserregenden stenotischen Erscheinungen.

(Gesellschaft der Aerzte in Budapest, 27. October 1894. —  
Pester med. chirurg. Presse 1894 No. 44.)

- Dr. W. Körte (Berlin) theilt seine im städt. Krankenhause am Urban mit dem **Behring'schen Serum** erzielten Resultate mit. Es wurden dort vom 20./I. bis 27./X. 1894 132 Kinder mit Serum behandelt; 121 davon sind abgelaufen, und zwar 81 = 66,9% geheilt, 40 = 33,1% gestorben (das durchschnittliche Resultat der Jahre vom Juni 1890 bis 31. December 1893 war 54,9% Heilungen, 45,1% Todesfälle). 106 Fälle wurden zwischendurch

(da kein Serum vorhanden war) ohne Serum behandelt; 46,2% Heilungen, 53,8% Mortalität — also bei der gleichen Epidemie Mortalität ohne Serum 20,7% höher!

Von 43 schweren	Fällen	heilten	41,8%	starben	58,2%
„ 47 mittelschweren	„	„	70,2%	„	29,8%
„ 31 leichten	„	„	96,7%	„	3,3%

Von Kindern (15) unter 2 Jahren: 8 geheilt, 7 starben. — 42 Kinder mussten tracheotomirt werden, 47,6% genasen, 52,4% starben (in den Vorjahren 22,5% Genesungen, 77,5% Todesfälle); 8 Kinder unter 2 Jahren wurden tracheotomirt und mit Serum behandelt, 3 heilten, 5 starben (früher starben von 108 solchen Kindern 98 und 10 genasen). Je früher die Injection, desto besser der Erfolg! Von 37 schweren und mittelschweren Fällen, die innerhalb der ersten 3 Krankheitstage injicirt wurden, starben nur 8.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 45.)

- Die Resultate, die Prof. Dr. H. v. Ranke (München) mit dem **Behring'schen und Aronson'schen Serum** erreicht hat, sind ebenfalls gute.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 45.)

- Die Erfahrungen, die Prof. Dr. Rumpf (Hamburg, Neues allgem. Krankenhaus) mit dem **Behring'schen Serum** gemacht hat, erstrecken sich auf 26 Fälle (5 leichte, 8 mittelschwere, 13 schwere) bei Kindern von 10 Monaten bis 12 Jahren. Es kamen 18 am 2. Krankheitstage zur Behandlung, 3 am 3., 5 später. 2 starben = 8%, 1 Kind von den ersten 18, eines von den letzten 5, bei beiden ergab die Section ausgedehnteste D. der Luftwege. Tracheotomirt 7 Fälle, darunter die beiden letalen. Injicirt meist Serum No. II einmal, seltener No. I zweimal, und zwar an der Bauchhaut. Nie locale Reactionen. Fieber in 11 Fällen beeinflusst: 3 Mal stieg es nach der Injection zuerst noch weiter an, 8 Mal trat Fieberabfall ein. Manchmal zunächst weitere Ausdehnung der Rachenbeläge beobachtet. Sonstige Therapie: Application eines Eisdarmes und Gurgeln mit Sol. Kal. chloric. resp. Borwasser.

(Aerztl. Verein in Hamburg, 13. November 1894. — Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 47.)

- Dr. Strahlmann (Wildeshausen) hat bei über 100 Fällen das **Heilserum von Behring** angewandt und keinen Todesfall zu beklagen. Freilich hatte er das Glück, meist ganz früh die Behandlung zu übernehmen, aber doch waren auch sehr schwere Fälle darunter. Eclatant war auch die Wirkung bei Croup; mehrere Fälle, bereits so vorgeschritten, dass man alles zur Tracheotomie vorbereitet hatte, wurden noch im letzten Augenblick injicirt, am nächsten Tage bereits war die Wirkung eine ins Auge springende.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1894 No. 89.)

- Dr. Hauber (Arnstorf) lernte die **immunisirende Wirkung des Heilserums** schätzen bei einer aus 8 Köpfen (Eltern und 6 Kinder) bestehenden Familie. Das erste Kind erkrankte am 15. Mai; Exitus nach 2 Tagen. Das 2. Kind erkrankte am 6. Juni; Exitus nach 2 Tagen. Das 3. Kind erkrankte am 27. Juli; Exitus nach 8 Tagen. Am 10. August wurden die überlebenden 3 Kinder (6—12 Jahre) mit je einer Pravaz'schen Spritze des Serums injicirt: seither keine Erkrankung!

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 45.)

- Einem Artikel von Prof. Behring (Halle) „**Zur Diphtherie-immunisierungsfrage**“ entnehmen wir Folgendes: Der Grad der Sicherheit für die Schutzwirkung des Serums und die Dauer derselben ist noch nicht sichergestellt. Erst wurde  $\frac{1}{10}$  der Lösung No. I = 60 Antitoxineinheiten als genügend zur Immunisirung bezeichnet, die Praxis aber ergab, dass diese Dosis nicht genügte, sondern  $\frac{1}{4}$  der Lösung No. I = 150 Antitoxineinheiten nöthig sind. Bisher sind Erkrankungen nach Einspritzung dieser Dosis nicht bekannt, aber sicher ist nicht, dass diese Dosis allenthalben genügen wird. Autor will die Dosis aber nicht mehr vergrößern. Denn soll man, wenn für tausend zu schützende Menschen die Dosis für  $1\frac{1}{4}$  Mark ausreicht, wegen der Möglichkeit, dass sie für den Tausendundersten nicht genügt, für alle die 4 Mal kostspieligere nehmen, wo man eine absolute Schutzwirkung auch für diese nicht garantiren kann? Einzelnen im Incubationsstadium befindlichen Individuen werden sicher 150 Antitoxineinheiten keinen Schutz bringen, aber das wird sehr selten vorkommen; in Fällen, in welchen nach



einer starken Infection das Incubationsstadium sich seinem Ende nähert und die Manifestation von Krankheitssymptomen sehr bald zu erwarten steht, werden auch 600 Antitoxineinheiten unzureichend sein; wegen dieser seltenen Fälle aber den Tausenden von Gesunden gegenüber, denen die Dosis von 150 Antitoxineinheiten genügenden Schutz gewährt, den ökonomischen Standpunkt aufzugeben und eine theuerere Dosis, als die für  $1\frac{1}{2}$  Mark erhältliche, ihnen aufzuhalsen, wäre unzweckmässig, zumal, selbst wenn die Dosis nicht genügt, eine Gefahr nicht besteht. Denn nach den bis jetzt vorliegenden Beobachtungen wird schon durch 60 Einheiten, falls danach überhaupt noch die D. zum Ausbruch gelangt, der Verlauf derselben so leicht gestaltet, dass die Erkrankung nicht mehr als gefährlich gelten kann; und wenn man dazu nimmt, dass durch nachträgliche Injection einer Lösung No. I jedes Bedenken für einen glücklichen Ausgang schwindet, so braucht wohl über die Immunisirungsdosis von 150 Einheiten nicht hinausgegangen zu werden! Wer natürlich absolut sicher gehen will und die Kosten nicht zu scheuen braucht, der spritze möglichst viel Einheiten ein, zumal auch die Dauer der Schutzwirkung dadurch erhöht wird. Je mehr Antitoxineinheiten injicirt werden, desto länger dauert der Schutz, aber das Verhältniss der Schutzdauer geht nicht parallel mit dem der Erhöhung der Einheiten, da je concentrirter das Antitoxin im Blute vorhanden ist, um so mehr davon ausgeschieden wird. Wenn also 60 Einheiten einen 6 wöchentlichen Schutz gewähren, so ist von 150 Einheiten nicht ein 15 wöchentlicher, sondern höchstens ein 10 wöchentlicher zu erwarten! Es ist also ökonomischer, 150 Antitoxineinheiten einzuspritzen und nicht höher zu gehen, dafür aber die Injection von Zeit zu Zeit, von 10 zu 10 Wochen zu wiederholen! Für Individuen, die sicher von Infection frei sind, da sie nicht in Berührung mit diphtheriekranken Leuten gekommen sein können, dürften 60 Einheiten genügen. Autor hält es, nachdem jetzt bestimmte Immunisirungsdosen berechnet sind, für unzweckmässig, dass zu Immunisirungszwecken die Injectionsflüssigkeit den zu Heilzwecken bestimmten Fläschchen entnommen wird, und spricht dafür, dass hierfür besondere kleinere Fläschchen

mit nicht mehr als 2 Immunisierungs-dosen zu je 150 Einheiten verabfolgt werden. Die Höchster Fabrik wird wohl in der Lage sein, in der nächsten Zeit 3 Mark-Fläschchen mit je 2 ccm Inhalt abzugeben, in denen diese 2 ccm 300 Einheiten repräsentiren. Dies Serum wäre also stärker, als das bisherige, und das hält Autor für nothwendig, indem er es für opportun erachtet, gesunden Menschen, um alle Nebenwirkungen zu vermeiden, kleinere Quantitäten einzuspritzen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 46.)

- W. Lublinski (Berlin) berichtet über eine **Nachwirkung des Antitoxins**, bestehend in einem **Erythema exsudativum multiforme**. Das 8 jährige Kind erkrankte am 6. October an Rachen- und Nasendiphtherie, aber erst am 8. wurde Lösung No. I (stärkere waren nicht zu erhalten) eingespritzt, die Nase ward mit lauer Sublimatlösung (1:10000) vorsichtig ausgespritzt. Tags darauf waren die starken Rachenbeläge bis auf kleine Reste geschwunden; da aber die Nasendiphtherie unverändert blieb, Vormittags 9 Uhr Wiederholung der Injection, Abends 10 Uhr, da das Fieber noch 38,4° betrug, 3. Injection (immer an der Innenseite eines Oberschenkels). Am nächsten Morgen waren die Tonsillen vollkommen frei, glatt, nicht geröthet, Temperatur 37,8°, Euphorie. Nur die Nase noch immer mit Membranen verstopft; als nunmehr die Nase mit Sublimatlösung ausgespült wurde, machte sich ein heftiger Niesreiz geltend, durch den massenhaft Membranen ausgestossen werden. Jetzt Nase ganz frei, das Kind erholte sich zusehends. Man wäre mit der Wirkung des Serum ausserordentlich zufrieden gewesen, wenn eben nicht die Nachwirkung gekommen wäre. Schon 2 Tage nach der letzten Injection bildete sich um die Injectionsstellen ein handtellergrosser rother Hof mit leichter Druckempfindlichkeit, aber ausser Brennen und Jucken zeigten sich keine anderen Erscheinungen. Erst 8 Tage später, also 10 Tage nach der Injection, begann an den Injectionsstellen ein kleinfleckiges, masernartiges Exanthem, das sich über die Extremitäten, dann über Rumpf und Gesicht verbreitete unter Tendenz des Confluirens. Daneben heftige Gelenkschmerzen ohne stärkere Röthung und Schwellung, immer stärker

wachsendes Fieber (einmal bis 40,3°), sehr schlechtes Allgemeinbefinden (zu Zeiten soporöser Zustand). Dies mit dem charakteristischen Exanthem liess die Diagnose Erythema exsudativum multiforme (bei diesem wird manchmal auch ein solches länger anhaltendes, hohes Fieber beobachtet) unzweifelhaft erscheinen. Unter Darreichung kräftiger Weine und Natr. salicyl. besserte sich die Affection nach etwa einer Woche rasch. Autor hält die Affection für eine Folge der Injectionen, zumal dieselbe auch nicht selten nach der Vaccination beobachtet wird. Man muss auf sie vorbereitet sein, braucht sich aber nicht beunruhigen zu lassen, da hier trotz 6 Tage anhaltenden hohen Fiebers Genesung eintrat.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 45.)

- In Bezug auf **Nachwirkungen des Diphtherieheilserums** hat Dr. Scholz (Hirschberg) eine gleiche Erfahrung gemacht, und zwar bei seinem eigenen, 10 Jahre alten Sohn, bei dem sich am 23. October früh nach vorausgegangenem 2 tägigen Fieberzustande diphtheritischer Belag auf beiden Mandeln zeigte. Sofort Injection mit Lösung No. I, von der nur vorher 1 ccm zur Immunisirung der 6 Jahre alten, noch ganz gesunden Schwester entnommen worden war. Wirkung beim Knaben überraschend: im Verlauf eines Tages Puls, Athmung, Temperatur normal, die Beläge stiessen sich nach 3 Tagen ab! Am 26. October erkrankte auch das Mädchen, der Verlauf war aber ein ganz leichter. Reconvalescenz bei beiden Kindern auffallend rasch, Befinden am 1. November durchaus gut. In der Nacht vom 2. zum 3. November plötzlich bei dem Knaben heftiger Juckreiz, veranlasst durch urticariaähnliche, linsen- bis bohnergrosse Knötchen zunächst am Hand- und Fussrücken, dann aber auch an Armen und Beinen! Die Knötchen wurden blauroth, am Oberschenkel confluirten sie rasch zu handtellergrossen Flecken. Heftige Schmerzen in den meisten Gelenken und in der Rumpfmuskulatur, am meisten aber in den Kniekehlen. Keine Schwellung! Temperatur normal! Das Mädchen fühlte sich auch am 3. November matt, es zeigte an beiden Hand- und Fussrücken erbsengrosse, blau-rothe Flecke, die aber nach 3 Tagen verschwanden; Gelenkschmerzen fehlten. Beim Knaben war der Ausschlag nach 4 Tagen weg, ebenso die Schmerzen, doch besteht

noch Mattigkeit in den Beinen. Einige Dosen Phenacetin ( $\approx 0,5$ ) schienen die Heftigkeit der Schmerzen zu lindern. — Auch Dr. Middeldorpf, welcher sich und seiner Frau immunisirende Injectionen machte, fand solche Nachwirkungen. Er bekam einen urticariaähnlichen Ausschlag an einem Oberarm und mehrere Tage anhaltende Mattigkeit, seine Frau eine Woche lang heftige Gelenkschmerzen, besonders an den Kniekehlen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 46.)

- Dr. F. Mendel (Essen a. Ruhr) berichtet ebenfalls von einer **Nachwirkung des Behring'schen Serums**, bestehend in **Hauthaemorrhagieen**, welche 8 Tage nach den Injectionen, 5 Tage nach Ablauf des diphtheritischen Processes plötzlich bei bestem Befinden auftraten, und zwar besonders stark an den Extremitäten, aber auch am Rumpf und im Gesicht. Das Exanthem bestand aus zum Theil einzelstehenden, an den Extremitäten und im Gesicht aber confluirenden rosafarbigem Flecken, meist in Form von Gyri, die in convexen Bogenlinien aneinanderstiessen, aber auch in Form von Münzen und Irisringen. Diese Ringe bildeten die Umsäumung dunkelblau verfärbter Stellen. Besonders an der Injectionsstelle am linken Oberschenkel ausgedehnte Haemorrhagie, kleinhandflächen-gross, ferner um das linke, etwas geschwollene Fussgelenk herum. An den anderen Stellen kleinere blaue Flecke mit etwas gezacktem rosarothem Saum. Schmerzen in den Beinen, ziemlich schlechtes Allgemeinbefinden. Tags darauf rother Saum überall verschwunden, Flecke mehr graublau, in den nächsten 4—5 Tagen bei indifferenter Behandlung und Besserung des Allgemeinbefindens ganz verschwunden, ohne dass Nachschübe aufgetreten wären. Autor glaubt, dass die Injection einer so beträchtlichen Menge heterogener Blutflüssigkeit (20 ccm) kaum für den menschlichen Körper gleichgültig sein dürfte, so dass es nicht zu verwundern wäre, wenn Hauthaemorrhagieen die Folge der Injectionen wären.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 48.)

- Bär (München) hat im August einen Fall von D. durch das Heilserum gerettet. Dabei beobachtete er aber ein düsterrothes, **papulomaculöses Exanthem** an der

Planta pedis und Palma manus, das nach einigen Stunden wieder verschwand. Das Fieber fiel 12—14 Stunden post inject. kritisch, von 39,5° auf 37,1°.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 45.)

- Prof. Dr. R. Emmerich (München) macht interessante **Bemerkungen zur Heilserum-Behandlung in München:** Er hat im Verlaufe der Jahre 1886—1890 12 tödtliche, aus verschiedenen Epidemien stammende Fälle von D. aus dem Hauner'schen Kinderhospital wenige Stunden vor dem Exitus bakteriologisch untersucht. Bei 10 von diesen 12 Fällen fand sich der Löffler'sche Bacillus, aber in 9 davon war die Todesursache unzweifelhaft die Streptokokkeninvasion; in diesen wuchsen auf Gelatineplatten aus Blut und den inneren Organen zahlreiche Streptokokken-Colonien. In einem Falle war die Todesursache die Blutinfektion durch Staphylococcus pyogenes aureus und in 2 anderen Fällen waren das Blut und die inneren Organe zwar frei von Mikroorganismen, aber in den lobulär-pneumonischen Herden der Lungen fanden sich grosse Mengen von Streptokokken! Also im Kinderhospital in München ist bei allen tödtlich verlaufenden Fällen von D., oder doch wenigstens bei fast allen Fällen der Tod durch Streptokokken-(vereinzelt auch durch Staphylokokken-)Allgemeininfektion, d. h. durch Septikämie verursacht worden! Wie steht es nun mit der Häufigkeit des Vorkommens der Streptokokken bei der D. überhaupt in München? Dr. Treiber hat 18 Fälle schwerer und mittelschwerer Fälle im Hauner'schen Kinderhospital während verschiedener Perioden der Krankheit bakteriologisch (Membranen) untersucht: 15 Mal fandensich sehr zahlreiche Streptokokken-Colonien, 1 Mal der Staphylococcus pyogenes aureus und 2 Mal Streptokokken und Staphylokokken. Auch diese Fälle gehörten 2 verschiedenen, durch einen 8 monatlichen Zeitraum getrennten Epidemien an. Also: im Hauner'schen Kinderhospital ist die D. überhaupt in weit-aus den meisten Fällen mit Streptokokken (vereinzelt auch mit Staphylokokken) complicirt, d. h. es liegt eine Mischinfektion vor, bei der also die Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung mit Heilserum eine sehr geringe ist! Ja, es ist sogar

leicht möglich, dass in gewissen Fällen das Serum sogar ungünstig einwirkt, indem es die Entwicklung der Streptokokken u. s. w. begünstigt (in der That hat Prof. v. Ranke bei einigen mit Heilserum behandelten Fällen eine eigenartige Pneumonie beobachtet, die sehr wohl durch Streptokokken bedingt sein konnte). Wieso ist aber gerade in München die D. so oft durch Streptokokken complicirt? Pasquay untersuchte daraufhin das Münchener Canalwasser: es fanden sich zahlreiche Streptokokken (in Berlin fehlten diese im Wasser). Also das Münchener Canalwasser ist event. daran schuld, wenn dort die Prüfungen mit dem Heilserum ungünstiger ausfallen, als anderswo!

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 45.)

- Dr. Oertel ermahnt, trotz der Serumbehandlung die **gründliche Desinfection der Mund- und Rachenhöhle** nicht zu vernachlässigen. Ausser den complicirenden Streptokokkenwucherungen macht das der Umstand nothwendig, dass das diphtheritische Gift durch den Vegetationsprocess der auf der Oberfläche der inficirten Schleimhäute wuchernden Bacillen gebildet wird, und diese Giftproduction und Vergiftung so lange fort dauert, als die Bacillen lebens- und fortpflanzungsfähig sich erhalten können. Wird genügend Heilserum eingespritzt, so wird das in den Körper aufgenommene Gift durch dasselbe unschädlich gemacht, aber der Vegetationsprocess der Bacillen in den Membranen dadurch in keiner Weise beeinflusst. Nun könnte aber auch der Fall eintreten, dass die Zerstörung des Giftes und die Immunisirung eine begrenzttere ist, als die Giftproduction! Also es folgt, dass wir in allen Fällen zu unseren altbewährten antiseptischen Mitteln werden greifen müssen! — Entgegen den Angaben, dass **nach den Injectionen Albuminurie** nicht auftritt, resp. bestehende verschwindet, beobachtete Oertel, dass bei Albuminurie diese nach der Injection sogar zunahm. Diese Zunahme ist aber kein Zeichen von Verschlimmerung, sondern sie tritt als physiologische Reaction ein und ist eine kurz vorübergehende, so dass dadurch keine Contraindication für die Serumbehandlung gegeben ist.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 45.)

- Martin, ein Mitarbeiter von Roux, giebt für die **mikroskopische Untersuchung der Diphtherie-Membranen** folgende Vorschriften: die Membran wird mit 2 Pincetten gefasst und zunächst auf Fliesspapier etwas abgewischt. Ein Theil der Membran wird dann sorgfältig auf ein Deckgläschen ausgebreitet, an der Luft getrocknet und drei Mal durch die Flamme gezogen. Das so fixirte Präparat kann nun nach Gram oder mit der Roux-Löffler'schen Flüssigkeit gefärbt werden, die man sich aus 2 Lösungen A und B herstellt:

A.	B.
<i>Gentianaviolett</i> 1,0	<i>Methylgrün</i> 1,0
<i>Alkohol</i> (90%) 10,0	<i>Alkohol.</i> 10,0
	<i>Aq. dest.</i> 90,0

Mischt man  $\frac{1}{3}$  der Lösung A mit  $\frac{2}{3}$  B, so hat man die Färbelösung, von der man 2—3 Tropfen auf das Deckgläschen thut, um sie nach 1 Minute mit Wasser wieder wegzuspülen. Der Löffler'sche Bacillus wird rascher und intensiver gefärbt, als die anderen Mikroorganismen. Er hat eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Tuberkelbacillus, er ist aber etwas dicker und an den Enden etwas aufgetrieben. Die Anordnung ist so, dass 2 Bacillen einen stumpfen Winkel bilden oder 3 nebeneinander parallel stehen; gewöhnlich findet man dichte Gruppen mit beiden Anordnungen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt auch, dass neben diesem Bacillus noch andere vorhanden sind; zur genauen Diagnose der Mischinfection ist das Culturverfahren erforderlich.

(Méd. mod. 1894 No 81. —  
Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1894 No. 22.)

- Die **Behandlung der Scharlachdiphtherie** nach Dr. H. König (Hermannstadt): Eigentlich ist es nicht allein diese, auf die sich des Autors Therapie bezieht, sondern auch die einfache Schleimhautdiphtherie, der Scharlach mit Exanthem und Scarlatina sine exanthemate. Alle diese sind nach dem Autor Producte der gleichen Allgemeininfection, die sich erst später localisirt, sei es durch diphtheritische Membranen, durch das Exanthem, durch beides zugleich, endlich auch ohne eigentliche Localisation verläuft. Das Gift wird per os aufgenommen, gelangt vom Magen aus ins Blut und dann erst durch den Kreislauf auf Rachen, Kehlkopf, Haut u. s. w. Die Ansiedelung

der Bacillen ist erst eine secundäre. Es kommt darauf an, das Gift zu tödten, ehe es sich localisirt hat, also dann, wenn erst Allgemeinsymptome vorliegen, die freilich manchmal im Beginn sehr gering sein können. Man hat aber stets ein Symptom, welches ermöglicht, den diphtheritischen Process ganz früh zu erkennen: es ist das ein süsslich-stechender Geruch der Expirationsluft, ähnlich dem Geruch der Athemluft tief chloroformirt gewesener Personen. Wenn dieser Geruch vorhanden ist, handelt es sich sicher um Beginn eines diphtheritischen Processes. Autor verordnet dann sofort Bettruhe und ordinirt:

**Rp.**

*Rob. Juniperi* 5,0—10,0

*Aq. Calc.* 80,0—100,0

*Cognac optim.* 1,0—5,0

*Natr. benzoic.* —

*Natr. salicyl. aa* 1,0—2,0

*Antipyrin.* 0,2—0,5

*Inf. Senn. comp.* —

*Syr. Liquir. aa* 20,0

M. D. S. Wohl umgeschüttelt  $\frac{1}{2}$ —1 stündlich  
1 Kaffee- bis 1 Kinder- bis 1 Esslöffel zu geben.

Dies gebe man Tag und Nacht, bis das Fieber sinkt und die übrigen Erscheinungen sich bessern. Ausserdem lässt Autor warme Bäder (24—26° R.) 15 Minuten lang nehmen und darauf Einwickelung mit in das Badewasser getauchten und gut ausgewundenen Leinentüchern (2 Stück übereinandergelegt) vornehmen, welche durch um den Körper herumgeführte wollene Decken überall bedeckt sein müssen und nur den Kopf frei lassen; darin schwitzen die Kinder 15—20 Minuten und trinken das auch sonst zum Trinken empfehlenswerthe und so oft als möglich zu verabreichende Giesshübler-Borszéker-Salvator-Soda-Wasser und Limonade. Auch wird ein Pflaster verordnet:

**Rp.**

*Emplastr. hydrarg.* —

*Emplastr. saponat. aa* 10,0

*Emplastr. plumb. simpl.* 5,0

M. D. S. Aeusserlich!

Damit werden zwei Stück 2 querfingerbreite, vorher etwas erwärmte Leinwandstreifen bestrichen und an beiden Seiten des Halses applicirt (hinter dem Ohre beginnend, dem Unterkieferrande entlang bis zum Kehlkopf), wo sie 2—3 Tage lang liegen bleiben (sodann Vaseline). Ausserdem als Desinficiens 1—2% Kal. chloric. Lösung zum Gurgeln,



Inhaliren, Reinigen der Mund- und Nasenhöhle. Zimmertemperatur nicht über 17° R., Luft durch Zerstäubung einer 1% Kochsalzlösung feucht zu erhalten, tüchtig lüften! Kost flüssig und nahrhaft (Weinsuppe mit Ei!). Bei Erschwerung des Schluckens Nährklystiere, nicht Schlundsonde! Bei Kehlkopfstenose Ipecacuanhainfus mit Liq. ammon. anis. — Autor wendet die Therapie seit 22 Jahren bei nahezu 1000 Fällen an und erzielte 90—92% Heilungen und nur 8—10% Todesfälle.

(VIII. Internat. Congress für Hygiene und Demographie in Budapest. — Internat. klin. Rundschau 1894 No. 45.)

— Cole theilt einen Fall von Uebertragung der D. seitens eines Huhnes mit: das 2 $\frac{1}{2}$  jährige Kind, welches mit einem erkrankten Huhn gespielt hatte, erlag der Krankheit.

(Journ. de clinique et de therap. infantile. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 88.)

### **Fracturae ossium. Vereiterung von subcutanen Fracturen**

ist ein seltenes Ereigniss. Dr. Krecke (München) sah einen solchen Fall bei einem 4 $\frac{1}{2}$  jährigen, an tuberculöser Coxitis leidenden Kinde, welche mit reichlicher Eiterung einherging. Bei der Resection dieses kranken Gelenkes kam es während der nothwendigen Rotationsbewegungen zu einem Bruch des Femur. In den nächsten Tagen hohes Fieber und Entwicklung eines Abscesses an der Fracturstelle. Zweifellos waren bei der Operation Eiterbakterien in die Blutbahn aufgenommen worden, die an der frischen Fracturstelle zur Entstehung eines neuen Eiterheerdes führten. — Autor mahnt, diese Fälle nicht zu verkennen und rechtzeitig einzugreifen. Leichtere Fiebergrade nach subcutanen Knochenbrüchen (bis 39°) ohne starke Betheiligung des Allgemeinbefindens kommen häufig vor („antiseptisches Fieber“), tritt aber eine Steigerung über 39° ein, gesellen sich schwere Allgemeinsymptome hinzu, so soll sofort an die Möglichkeit einer Eiterung gedacht, der Verband abgenommen und die Bruchstelle genau inspicirt werden. Sind daselbst vermehrte Schwellung, Röthung und Schmerzhaftigkeit zu constatiren, dann sofort Incision!

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 35.)

— Die Indicationen für die Naht der Patella bei Querbrüchen der Kniescheibe werden von verschiedenen Autoren verschieden beurtheilt. Dr. F. Haenel (Dresden) beschränkte die Naht bisher auf die Fälle von complicirten Brüchen und von ungenügender Functionsfähigkeit nach der Heilung. Sieht man von ersteren ab, so kommt alles darauf an, ob der Reservestreckapparat, der in Verbindungen der Quadricepssehne mit der Unterschenkelfascie und Faserzügen von der Fascia lata zur Tibia besteht, erhalten ist. Ist dies der Fall, so ist ein gutes functionelles Resultat zumal bei Vermeidung von Gypsverbänden und bei frühzeitiger Massage und Uebung des leicht zur Atrophie neigenden Quadriceps auch bei weiter Diastase der Bruchenden erreichbar; ist es nicht der Fall, so hängt die Functionsfähigkeit des Quadriceps nur noch ab von der Festigkeit der sich zwischen den Fragmenten bildenden bindegewebigen Zwischenmasse und ist, wenn letztere nicht genügend leistungsfähig ist oder ganz fehlt, die blutige Naht der Kniescheibe angezeigt. Korsch hat zwar die Wirksamkeit der Naht, wenn auch der Reservestreckapparat zerrissen ist, bezweifelt, zahlreiche Fälle aber beweisen das Gegentheil, und auch Autor kann über einen solchen Fall berichten, der ein vorzügliches Resultat aufwies: 26jähriger Mann erlitt Februar 1893 einen Querbruch der rechten Kniescheibe. Ende April wieder leidliche Functionsfähigkeit, Anfang Mai aber nach unbedeutendem Unfall (Abrutschen vom Wagen, wobei das Knie stark gekrümmt wurde) völliger Verlust der Streckfähigkeit. Ende Juli Status: Diastase der Fragmente bei Streckung 4 cm, Beugung 10 cm, erhebliche Atrophie des Quadriceps, Unmöglichkeit der activen Streckung des Kniegelenkes. Operation am 28. VII. 1893: Freilegung der Fragmente durch Längsschnitt, wobei gänzlicher Verlust jeglicher Zwischensubstanz constatirt wurde. Ausführung der Naht erschwert, indem die Bruchstücke auch nach Durchtrennung des Musculus rectus kaum an einander zu bringen waren und das untere sehr kleine Bruchstück durch die Bewegungen im Knie abgeschliffen, statt der Bruchfläche eine scharfe Kante zeigte. 3 versenkte Silberdrahtnähte, Hautnaht. Heilung per primam. Nach Abnahme des Verbandes nach 19 Tagen Beginn mit Massage und passiven Bewegungen, nach weiteren 8 Tagen

mit activen Bewegungen und Gehversuchen. Am 29. IX. Entfernung von 2 beim Niederknien störenden Drähten. Februar 1894 ist Patient im Stande, ohne zu hinken zu gehen und zu laufen, Treppen zu steigen, Kniebeuge zu machen; Knie vollständig streckfähig, activ bis zum Winkel von 70° beugbar, Bruchstücke unverschieblich, knöchern vereinigt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 47.)

**Neurosen, Neuralgieen.** Dr. Otto Nägeli (Ermatingen) hat jüngst in einer auch von uns (s. Excerpta, Jahrgang III S. 168) sehr empfohlenen Schrift\*) eine neue, nicht medicamentöse Behandlungsmethode publicirt, mit der er zahlreiche Heilungen erzielt hat. Diese seine **Behandlung durch Handgriffe** hat nun der Kliniker Dr. Ammann (München) nachgeprüft und damit ebenfalls erfreuliche Erfolge erzielt. Bei Gehirnhyperaemie und Kopfcongestionen wendet Nägeli den „Kopfstützgriff“ an, indem er von rückwärts her an dem sitzenden Patienten mit beiden Händen den Kopf fasst und in die Höhe hebt, ohne die grossen Gefässe am Halse zu comprimiren; die dadurch hervorgerufene Verlängerung des arteriellen Blutzufusses ohne Verhinderung des Abflusses bewirkt, dass ein minder grosses Blutquantum in die Schädelhöhle kommt. Ammann nun constatirte bei Patienten mit jahrealtem congestivem Kopfweg jedesmal deutliches Erblassen und Verminderung des Schmerzes; namentlich guter Erfolg bei hartnäckigem, kurz vor der Menstruation auftretendem Kopfweg! Die Fälle von chronischem nervösen Kopfschmerz, bei denen man schmerzhaft Punkte an den Nervenaustrittsstellen am Schädel, Periost u. s. w. findet, werden von Nägeli durch eine Art Massage, die er als „Nervendehnung“ oder „Etirage“ bezeichnet, behandelt; eine Hautfalte wird aufgehoben und mehr oder weniger lang gedehnt erhalten. Auch an anderen Körperstellen erweist sich ein solcher Zug als schmerzstillend. Der von Nägeli bei hyperaemischem Kopfschmerz und Algieen des III. Trigeminasastes (nervösem

---

\* „Therapie von Neuralgieen und Neurosen durch Handgriffe“. Von Dr. Otto Nägeli. Mit 18 in den Text gedruckten Holzschnitten. Basel und Leipzig 1893. Verlag von Carl Sallmann. 114 S. Preis: M. 4.

Zahnschmerz) empfohlene „Kopfstreckgriff“ oder „Redressement“, darin bestehend, dass der Kopf des Patienten ziemlich weit nach rückwärts gestreckt wird, wodurch eine bedeutende Dehnung der Halsnerven und Gefäße und so eine noch stärkere Ableitung des Blutes von Kopf und Gehirn bewirkt wird, ist, wie Ammann erfuhr, öfters mit unangenehmen Zufällen (Schwindel, Ohnmacht) verknüpft, daher nicht so sehr zu empfehlen, wie der erste Handgriff. Durch den „Kopfknickgriff“, bei dem der Arzt, hinter dem Patienten stehend, dessen Kopf mit beiden Händen erfasst und, während er seine Arme gegen die Schultern desselben anstemmt, ihn stark nach vorn beugt, wird eine starke und schnelle arterielle Blutzufuhr nach dem Gehirn ohne Hemmung des venösen Rückflusses bewirkt, so dass er besonders bei Gehirnanaemie, chronisch anaemischem Kopfschmerz, Schwindel und Ohnmachtsanwandlungen angebracht ist. Ammann befreite eine Dame, die 25 Jahre lang an anaemischem Kopfschmerz gelitten hat, gleich am 1. Tage 4 Stunden davon und erzielte später dauernde Heilung. Jeden nervösen Brechreiz, jede derartige Würgebewegung heilt Nägeli durch seinen „Zungenbeingriff“, bei dem er mit beiden Daumen das Zungenbein fasst und sanft bis 5—12 mm hoch in die Höhe hebt. Ammann giebt an, dass besonders das hysterische Erbrechen und Hyperemesis gravidarum dadurch beseitigt wird, so sicher, wie mit keinem Mittel zuvor. Sehr wirksam ist der Handgriff auch nach Laparatomieen zur Unterdrückung der Würgebewegungen! Bei einem Controllversuch mit Apomorphin, als bereits der Speisebrei bis zum oberen Abschnitte des Oesophagus gelangt war, ging der enorme Brechreiz nach Anwendung des Griffes sofort zurück! So stellen Nägeli's Handgriffe eine werthvolle Bereicherung der Mechanothérapie dar und ist die Nachprüfung jedem Praktiker dringend ans Herz zu legen!

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 35.)

- Dr. L. Hirschberg (Berlin) hatte auch einen eclatanten Erfolg mit den Nägeli'schen Handgriffen. Bei einer Dame, die kurze Zeit nach ihrem 2. Wochenbette an rasendem permanenten Kopfschmerz erkrankt war, und bei der alle inneren Mittel, vom Antipyrin bis

zum Migränin, See-, Wald- und Landaufenthalt völlig versagten, konnte durch Anwendung des Kopfstützgriffes, verbunden mit der Dehnung einer Hautfalte (es bestand ein exquisit schmerzhafter Druckpunkt auf dem Schädel links von der Pfeilnaht) ein zauberhafter Erfolg erzielt werden, der anfänglich 2—3 Stunden, aber schon nach 2 Tagen den ganzen Vormittag anhielt.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 88.)

- E. Häusler (Schöftland) beobachtete folgenden Fall von **Tachycardie**: Patient erkrankt an Muskelrheumatismus der rechten Schultergegend. In der Nacht plötzlich Beängstigung und Herzklopfen: unzählbarer Puls ohne Fieber, 200 Herzcontractionen. 2 Tage lang Behandlung mit neueren Antirheumaticis und Digitalis. Kein Erfolg! immer 200 Herzcontractionen und darüber. Nun Chinin verordnet, 4 Pulver Chinin. sulfuric. à 0,5 pro dosi, innerhalb 2 Stunden zu nehmen. Eclatanter Erfolg! innerhalb 3—4 Stunden Puls 80. 2 Jahre lang vollkommene Gesundheit, dann plötzlich wieder Anfall, durch Chinin prompt beseitigt. Wieder 2 Jahre darauf, etwa um die gleiche Zeit, wie früher, ein Anfall, ebenfalls auf Chinin rasch reagierend. Das war Mitte Januar 1894. Seitdem wieder völliges Wohlbefinden. Der Fall ist interessant wegen 1) der Periodicität; 2) der ziemlich sicheren rheumatischen Grundlage; 3) der prompten Wirkung grosser Chinindosen.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1894 No. 22.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** A. Kalt

(Aarau) berichtet über seine **Erfahrungen mit der „Walcher'schen Hängelage“**. Walcher hat bekanntlich 1889 einen „Die Conjugata eines engen Beckens ist keine constante Grösse, sondern lässt sich durch die Körperhaltung der Trägerin verändern“ betitelten Aufsatz publicirt, worin es heisst: „Legt man eine Hochschwangere mit in der Conjugata verengtem Becken auf den Untersuchungstisch in der Weise, dass man bei mässig erhöhtem Oberkörper die Kniee soweit als möglich gegen den Leib heraufhalten lässt, so erreicht man das Promontorium am leichtesten... Legt man nun ein Polster unter

das Kreuz und lässt die Beine so weit als möglich über den Untersuchungstisch nach abwärts hängen, so fühlt man während des Senkens der Kniee das Zurückweichen des Promontoriums. . . . Die Conjugata diagonalis ist also in vielen Fällen eine um ca. 1 cm variable Grösse.“ Diese Hängelage also hat Kalt während der Geburt  $\frac{3}{4}$ ,  $1\frac{1}{2}$  u. s. w. Stunden einnehmen lassen und damit bei vielen Fällen sehr günstige Erfolge erzielt, sodass er der Methode für die praktische Geburtshilfe eine grosse Bedeutung beimisst. Es kann bei mässigen Beckenverengerungen auf diese Weise das Eintreten des Kopfes ins Becken, das Tiefertreten erleichtert und ermöglicht werden, wodurch die Anlegung der hohen Zange vermieden wird, und auch bei regelmässigem Becken kann das Eintreten eines zu grossen Kopfes begünstigt werden, und endlich wird bei nachfolgendem Kopf das Passiren des Promontoriums erleichtert, so dass manch kindliches Leben erhalten werden kann.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1894 No. 20.)

- Die Verwendung der **Walcher'schen Hängelage** hat — so meint H. Fehling — noch lange nicht die Verbreitung gefunden, die sie verdient, und fehlerhafter Weise wird für den Durchtritt des nachfolgenden Kopfes noch immer eine ausgesprochene Steinschnittlage beibehalten. Die Hängelage ist aber nicht nur dabei sehr zweckmässig, sondern auch für die Impression des vorangehenden Kopfes oder für das Anlegen der Zange an einem hochstehenden Kopfe, endlich auch für den Eintritt in das im Eingang verengte Becken, um demselben die Configuration und den Eintritt zu erleichtern. In letzterer Beziehung hat Fehling im letzten Winter in Basel Beobachtungen gemacht, die recht günstig für die Methode lauten. Während nun beim nachfolgenden Kopf bei der auf dem Querbett liegenden Gebärenden rasches Senken der Beine bei unterstütztem Hinterbecken genügt, ist die Hängelage für den vorangehenden Kopf nicht so leicht herzustellen. Autor lässt in diesen Fällen 3 theilige Matratzen am Kopfende des Bettes so aufeinanderlegen, dass die Beine frei innerhalb des Bettes herabhängen, ohne den Boden zu berühren, während der Steiss genau am Rand der obersten Matratze liegt. Der Oberkörper ist dabei

gegen das Kopfbende zu fixiren, am besten mit breit zusammengelegten Handtüchern oder Gurten, welche, unter der Achselhöhle durchgehend, den Schultergürtel nach oben halten; ebenso wird die Hüftgegend durch einen jederseits breit um die Schenkelbeuge gehenden Gurt nach oben fixirt (schneiden die Gurte ein, Unterpolsterung!) Diese Lagerung ist freilich keine bequeme, 2—3 Stunden aber auszuhalten, worauf ja event. für einige Zeit die gewöhnliche Lage gestattet werden kann. Natürlich ist die Erweiterung der Conjugata und der Erfolg hier nicht so eclatant, wie beim nachfolgenden Kopf, immerhin wird aber auch beim vorangehenden Kopf die Conjugata bis 6—8 mm vergrößert, welcher Zuwachs keinesfalls gering zu achten ist.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 44.)

- Dr. Th. Demmer (Frankfurt a. M.) hat 1887 als Assistent der Heidelberger Frauenklinik eine interessante **Perforation des nachfolgenden Kopfes** vorgenommen, deren Daten er jetzt veröffentlicht: die V. Gravida, ausserordentlich gross und kräftig, hat schon sehr grosse Kinder geboren, meist todt. Ihre jetzige Niederkunft müsste ihrer Berechnung nach schon September oder October erfolgt sein. Doch erst Sonnabend den 3. December Wehen. Muttermund 2 Markstückgross, Blase stark vorgewölbt, hinter ihr ein Fuss. Am 4. December Morgens 2 Uhr Blasensprung, Herabtreten des 2. Fusses. Füsse enorm gross. Gegen 10 Uhr Morgens Rumpf bis zum unteren Scapularwinkel geboren. Armlösung (sehr schwierig!). Der Kopf blieb über dem Beckeneingang unbeweglich stehen und war durch keine Mittel ins Becken einzuleiten. Inzwischen Tod des Kindes. Aber auch jetzt Kopf unbeweglich! Zerkleinerung infolge der vorliegenden Verhältnisse (Vagina vom Halse des Kindes vollständig ausgefüllt, der grosse, colossal harte Schädel hoch oben fixirt u. s. w.) mit den bekannten Methoden nicht möglich; Trepan und Scheere rutschten immer aus. Da kam Autor auf folgende Idee: Er liess die Kreissende in Steissrückenlage bringen, den Kindskörper stark nach oben erheben und zugleich anziehen, ging mit der rechten Hand an dem Halse des Kindes vorbei nach dem Munde, drehte diesen in die Gegend der Art. sacro-iliac. und setzte in den Unterkiefer einen Braun'schen Schlüsselhaken ein,

den er einem Assistenten zur Fixirung gab. Er blieb mit 3—4 Fingern seiner Rechten in dem Munde des Kindes und schob mit der Linken vorsichtig den Braun'schen Trepan direct an die Basis cranii. Nach 2—3 Umdrehungen war dieselbe durchbohrt; Autor zog den Trepan zurück, durchstiess mit dem Schlüsselhaken das Perforationsloch, zertrümmerte das Hirn und zog mit demselben Haken unter Controlle der rechten Hand den Schädel mit Drehung des Gesichtes nach hinten spielend leicht durch das Becken. — Vor allem empfiehlt Autor die Steissrückenlage als ausserordentliche Erleichterung bei der Operation. Letztere wäre wohl auch ohne Schlüsselhaken gegangen, dieser erwies sich aber dabei recht nützlich 1) zur Fixation des Schädels auf den Beckeneingang durch Einsetzen in den Unterkiefer und starkes Herabziehen desselben ohne die geringste Gefahr für die Mutter bei eventuellem Abrutschen und ohne irgendwelche Raumbeschränkung für den Operateur; 2) konnte nach Durchbohrung des Schädels derselbe Haken zur Zertrümmerung des Hirns und zugleich zur Extraction des Schädels benützt werden. — Bei dieser Methode ist die Durchbohrung der Weichtheile vom Halse her überflüssig, wenn nicht die Operation complicirend. Eine Lüftung der in den Mund eingesetzten Finger kommt hierbei nicht vor, und ein Abweichen des unter Deckung der im Munde belassenen Finger an den harten Gaumen angesetzten Trepans oder Perforatoriums ist undenkbar. Auf diese Weise hat das Instrument nur die dünne, fest aufliegende Mucosa und den ganz überraschend leicht zu durchbohrenden ca. 1,0—1,5 cm dicken Knochen der Basis cranii zu durchdringen. In ästhetischer Beziehung ist ausser einer löffelförmigen Impression der Stirnbeine nichts von der Verletzung zu bemerken! Als Instrument verdient der Trepan den Vorzug.

(Centralblatt für Gynäkologie 1894 No. 45.)

- Dr. R. Müller (München) liefert einen **Beitrag zur Behandlung der Placenta praevia**, welcher zeigt, dass man manchmal mit Vorthail die übliche Therapie modificiren kann: 30 jährige V. para bekommt am Ende der 36. Woche ohne besondere Veranlassung heftige Blutung, dazu einzelne Wehen. 5/4 Stunden darauf Status: Uterus etwa am Ende



des 9. Monats, kleine Theile nicht zu fühlen, dagegen ein grosser runder Theil R., ein anderer L. in den Seiten, Herztöne kräftig, Muttermund kaum für einen Finger durchgängig, rechts am inneren Muttermund ein Stück schwammiger Masse zu fühlen, vorliegender Kindstheil kaum erreichbar. Diagnose: Querlage IIa, Placenta praevia marginalis. Autor tamponirte nach vorhergegangener 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> Sublimatausspülung der Scheide dieselbe mit 14 Tampons sorgfältig aus. Blutung stand. 3 Stunden darauf Status idem, ebenso 8 Stunden darauf, wo aber seit 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunden kräftige Wehen bestanden. Entfernung der nun seit 8 Stunden liegenden Tampons, Ausspülung mit 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> Sublimat. Muttermund fast völlig erweitert, vorliegender Theil nicht zu fühlen, starke Vorwölbung der Blase, von neuem Blutung. Autor entschloss sich nun zur äusseren Wendung auf den Kopf; am rechten Bett- rand stehend, fasste er in Rückenlage mit der rechten Hand den kindlichen Schädel, mit der linken den Steiss, drückte unter Benützung der allerdings seltenen Wehenpausen den Kopf gegen den Beckeneingang, während er den Steiss gegen den Schwertfortsatz zu verschieben suchte, was langsam, schrittweise geschah. Die Verschiebung und Umdrehung gelang bei den weichen und schlaffen Bauchdecken leicht, der Kopf trat ins Becken und wurde durch die Wehen hier festgehalten. Sprengung der Blase. Blutung stand. Bald Tiefertreten des Schädels und nach <sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunde Austreibung eines nicht asphyktischen Kindes in 2. Schädellage, bald darauf auch der Placenta. Ungestörter Verlauf des Puerperiums. Der Eingriff ohne Narkose ausgeführt, verursachte weniger Schmerzen, als die Tamponade. Der Zweck desselben war vollständig erreicht worden: 1) Schaffung einer gebärmöglichen Lage, und zwar der besten; 2) zugleich damit sofortige Blutstillung unter Verminderung der Nothwendigkeit, in den Uterus eingehen zu müssen. Die Tamponade hatte Autor zuerst unter folgenden Erwägungen gemacht: es handelte sich um eine nicht am Ende der Schwangerschaft befindliche Frau, bei der etwas Wehen und eine abundante Blutung vorhanden waren; Muttermund kaum für einen Finger durchgängig, Wendung nach Braxton Hicks noch nicht möglich; ausserdem fraglich, ob es überhaupt schon zur Geburt kommen werde; der zwingendste Grund aber war der, dass bei einer solchen Geburt der

Arzt nicht fortwährend anwesend sein kann; wenn der Arzt aber in der Privatpraxis eine Kreissende mit Placenta praevia verlässt, muss er vorher tamponiren, selbst wenn er, wie es hier der Fall war, wegen der septischen Gefahr dabei ein Feind der Tamponade ist. Ob mit Kolpeurynter oder Watte tamponirt werden soll, darüber noch Meinungen getheilt: der erstere ist leichter aseptisch zu erhalten, ausserdem wirkt er dilatirend, wie eine Fruchtblase; aber bei dem seltenen Gebrauch wird oft der Kautschuk brüchig und der Hahn undicht, wesshalb Autor die Watte- oder Gazetamponade vorzieht, welche, richtig gemacht, ein unfehlbar sicheres Blutstillungsmittel ist und auch, wie es hier bei den 14 in schwache Sublimatlösung getauchten Wattebäuschchen der Fall war, aseptisch zu halten ist. Ausserdem hatte sie hier die Eröffnung des Muttermundes aufs Beste besorgt und die Geburt konnte zu Ende geführt werden. Autor entschloss sich zur äusseren Wendung, da hier die Narkose unnöthig ist und man das Eingehen in den Uterus vermeidet, was trotz peinlichster Asepsis doch als grosser Vortheil anzusehen ist, da man nie sicher ist, trotz aller Asepsis septische Infection zu vermeiden.

(Aerzt. Rundschau 1894 No. 45.)

- Die Frage über **Nothwendigkeit resp. Zweckmässigkeit der vaginalen Desinfection Kreissender** ist noch nicht entschieden. Als Gegner Ahlfeld's vertritt G. Leopold den Standpunkt, dass bei normalen Geburten gesunder Gebärender Scheidenspülungen vollständig wegzulassen seien. Aus der Dresdener Klinik zeigte Autor, dass bei Fortfall der Spülungen (368 Geburten) die Anzahl der fieberfreien Wochenbetten grösser war (91%), als bei den (4584) mit Irrigation behandelten Kreissenden (80,7%). Nun hat Leopold neuerdings wieder 2 zeitlich parallel laufende Reihen von normalen Gebärenden gebildet, bei der einen (Hebammenreihe) wurde zwar, aber nur im Nothfalle, innerlich untersucht, nie aber ausgespült, bei der zweiten (Aerztereihe) wurde innerlich untersucht und stets während resp. nach der Geburt ausgespült; bei der ersten Reihe waren 94% fieberlose Wochenbetten, bei der zweiten 86,0%. Bemerkenswerth, dass die Erstgebärenden ein entschieden grösseres Contingent zur Morbidität stellen, ferner, dass das Ausführen oder Weglassen

der inneren Untersuchung bei peinlicher Antisepsis ohne wesentlichen Einfluss auf Morbidität ist; das Plus an Morbidität bei den Geburten mit Spülungen kann also nur auf letztere bezogen werden. („Durch Irrigationen werden etwa in der Scheide befindliche pathogene Keime nicht entfernt, sondern lediglich aufgestöbert, verbreitet und an für die Infection günstige Stellen verbracht“). Auch die Häufigkeit von unregelmässigem Puls im Wochenbett nach Ausspülungen war doppelt so gross, als bei nicht Ausspülen. Aus den in 8 Jahren an etwa 10,000 Geburten gemachten Beobachtungen ergibt sich Folgendes:

Bei nicht pathologischen und nicht operativen, also normalen Geburten gesunder Kreissender wird durch desinficirende Scheidenspülungen eher geschadet, als genützt; dieselben sind deshalb in solchen Fällen stets, auch wenn innerlich untersucht wird, zu unterlassen; Bedingung ist aber: strengste subjective Antisepsis, zweckmässige Desinfection der Kreissenden (Vulva), möglichste Einschränkung und vorsichtige Ausführung der inneren, Ausbildung der äusseren Untersuchung.

Bei allen pathologischen und operativen Geburten sind desinficirende Ausspülungen der Scheide (und event. des Uterus) zweckmässig resp. nothwendig.

Geht Fieber im Wochenbett von den Geschlechtsorganen aus, so beruht es stets nur auf Infection von aussen; das Wort „Selbstinfection“, das nur Unklarheiten schafft und Hinterthüren öffnet, ist ein für alle Male aus dem medicinischen Wörterschatz zu streichen.

(Archiv für Gynäkologie 47. Bd. 3. Heft 1894.)

- Die **Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Glycerin** wurde zuerst von Pelzer empfohlen. Da aber die dabei benützten grossen Dosen Glycerin manchmal schädlich wirkten, modificirte Theilhaber die Methode, indem er Glycerin in Stäbchenform (15 cm langes Fischbeinstäbchen mit etwa 5 g Glycerin armirt) benützte. Diese Methode erwies sich als wirksam und ungefährlich, sie hat aber, wie Dr. S. Flatau (Nürnberg) meint, kleine Nachtheile. Die Stäbchen sind schwer erhält-

lich und zu kurz; die Menge Glycerin, die sie aufnehmen, ist doch oft zu gering, auch ist die Handhabung keine leichte und der Ungeübte könnte leicht mal irgend etwas damit perforiren. Flatau modificirte daher wieder diese Methode. Er benützt ein dünnes elastisches Bougie, das zuerst gründlich mit steriler Watte abgerieben und dann mit 1 pro mille Sublimatcollodium überzogen wird. Die Ueberzugsmasse hat folgende Formel:

Rp.

*Gelatin.* —  
*Aq. destill. aa* 20,0  
*Glycerin* 80,0  
*Trikresol* 1,2

Auf das Bougie kommen etwa 12 g Glycerin! Nach gründlicher Säuberung des Vaginalrohres, der Portio und Cervix mittelst 2% Lysollösung werden die Bougies im Trélat'schen Speculum nach Anhakung und Herabziehung der Portio zwischen hinterer Uteruswand und Fruchtblase hinaufgeschoben. Autor wandte sie bei 3 Fällen an, stets mit Erfolg. Die Wehen traten in überraschend kurzer Zeit ein und blieben bis zum Schluss anhaltend kräftig, das Allgemeinbefinden war ungestört. Das Bougie allein kann nicht so wirken, ausser dem mechanischen Moment muss auch die chemische Wirkung des Glycerins eine Rolle spielen; denn bei der Krause'schen Methode wirkt das Bougie erst nach Tagen, hier aber tritt der Erfolg meist schon nach Stunden ein.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 Nr. 44.)

- Ueber einen interessanten Fall von **acutem Hydramnion** berichtet Dr. Hans Wolff (Wilhelmsburg): 25jährige Frau, bisher stets gesund, hat vor 4 und 2 Jahren normal geboren, vor 3 Jahren einen Abort von 2 Monaten gehabt; Schwangerschaften ohne Beschwerden. Jetzige Gravidität begann Anfang December 1893. Am 8. April plötzlich starker Schüttelfrost, gefolgt von hohem Fieber, lebhaften Schmerzen in der rechten unteren Bauchgegend und Erbrechen. 2 Tage später wieder Schüttelfrost, dann hohes Fieber, starke Schmerzen im Leibe, Ileocoecalgegend sehr schmerzhaft, reichliches Erbrechen, seit einigen Tagen Verstopfung. Auf Calomel reichlich Stuhlgang. Jetzt Untersuchung: Uterus

etwas grösser, als der Gravidität entsprach, nicht empfindlich, Douglas und Parametrium frei; starke Schmerzhaftigkeit in der Ileocoecalgegend, aber keine deutliche Dämpfung, kein Milztumor. Im weiteren Verlaufe nun täglich fast bis zum Ende der Erkrankung in den Morgenstunden lebhafter Schüttelfrost, nach etwa einstündiger Dauer gewöhnlich gefolgt von hoher Temperatursteigerung bis über  $40^{\circ}$ , die dann bis zur Nacht hinein anhielt, worauf unter Schweiss die Temperatur zur Norm zurückkehrte; dabei Schmerzen in der Ileocoecalgegend, die sich auch dann nach der rechten Nierengegend verbreiteten, wo sich auch erhebliche Druckempfindlichkeit ausbildete. Man dachte, da Intermittens nicht in Betracht kam, an einen von einer Perityphlitis ausgehenden pyämischen Process. Probepunctionen in der Ileocoecal- und Nierengegend erfolglos. Inzwischen Dämpfungsgebiet des Uterus sehr stark und schnell sich vergrößernd; rechterseits wurde mehrfach ein ballotirender, leicht die Lage wechselnder Fruchtkörper gefühlt. Das intermittirende, zu hohen Paroxysmen ansteigende Fieber blieb bestehen; die Curven wurden nur etwas unregelmässiger, die Schüttelfröste weniger stark ausgesprochen. Da Patientin rapide herunterkam: Laparotomie. Bauchhöhle fast ganz ausgefüllt durch den zu einem grossen fluctuirenden Tumor ausgedehnten Uterus. Da sonst alles normal, wieder Schliessung der Wunde. Zustand blieb derselbe. Daher 8 Tage später Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Nachdem der elastische Katheter 36 Stunden im Uterus gelegen, Wehen und nach Abfluss einer colossalen Menge Fruchtwassers Geburt einer 25 cm langen Frucht, die nur wenige Augenblicke Lebenszeichen von sich gab. Von jetzt an Temperatur dauernd normal, rasche Besserung der Schwäche, allmäliges Erholen. — Solche acute Entwicklung eines Hydramnions im 4. Monate sehr selten, ätiologisch ganz dunkel. Sehr beachtenswerth das Fieber, das als Resorptionsfieber, abhängig von der Aufnahme eines normalen Stoffwechselproductes zu deuten ist. Hätte man verstanden, es richtig zu erklären, wäre die Laparotomie überflüssig gewesen, also ein immerhin ernster Eingriff ungeschehen geblieben!

(Centralblatt für Gynäkologie 1894 No. 46.)

- Steffen (Regensburg) erinnert an eine ältere Verordnung bei **Hyperemesis gravidarum**, die er seit Jahren mit vorzüglichem Erfolg anwendet:

Rp.

*Tinct. Jodi gtt. X—XII*

*Aq. dest. 120,0—150,0*

M. D. S. 2 stündl 1 Esslöffel in  $\frac{1}{2}$  Glas Zuckerwasser zwischen den Mahlzeiten zu nehmen.

Bei Magenschmerzen event. Zusatz von Morphinum oder Aq. Laurocer. (bei letzterem Zusatz Entfärbung!). — Auch beim **Erbrechen Hysterischer** bewährte sich die Verordnung sehr, in einem Falle von **Carcinoma ventriculi** wurden die Brechanfälle und der Brechreiz bedeutend verringert. Versuch auch bei Alkoholismus angezeigt!

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1894 No. 21.)

- Zur **Sistirung der Milchsecretion** wurden schon früher **Cocain-einpinselungen** empfohlen. Casoli bediente sich in einem Falle, wo das Kind gestorben war und die Mutter infolge reichlicher Milchsecretion starke Beschwerden hatte, dieses Mittels, indem er die Haut der Mammae mit 50% Cocainlösung einpinselte. Schon am 3. Tage hörte die Lactation auf, die Frau blieb frei von Beschwerden.

(Gazz. degli osped. 1894 p. 1186. — Wiener medic. Wochenschrift 1894 No. 47.)

**Syphilis.** Dr. O. Lasch (Breslau, Klinik für Hautkrankheiten) hat 3 Fälle von **Icterus syphiliticus praecox** beobachtet. Mit den in der Litteratur früher publicirten sind es nunmehr 50 Fälle, aus denen hervorgeht, dass es einen syphilitischen Icterus der Frühperiode giebt. Derselbe entsteht meist ganz plötzlich, ohne dass vorher Verdauungsstörungen zu bemerken gewesen wären; letztere fehlen auch nicht während des Icterus, der selbst 3 Wochen bis 3 Monate anhält. Ätiologisch ist irgend eine Veranlassung für seine Entstehung nicht zu eruiren, was ihn ebenfalls von dem Icterus catarrhalis unterscheidet. Wichtig ist endlich die Therapie. Nur eine Mercurialbehandlung (event. zusammen mit Jodtherapie) vermag die Affection günstig zu beeinflussen! In der Regel erscheint der Icterus zugleich mit dem ersten Exanthem!

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 40.)

- P. Matzokin sah 2 Fälle von frühzeitigem Befallensein des Gehirns bei S., im ersten trat eine linksseitige Hemiplegie mit Paralyse des Facialis und Hypoglossus 10 Monate nach der Infection auf, im zweiten Lähmung der linken oberen Extremität und des Facialis 8 Monate nach dem Primäraffect. Beide Lähmungen wichen einer energischen Quecksilber- und Jodkalicur.

(Russkaja Medicina 1894 No. 24. —  
Litteraturbeilage der St. Petersburger medic. Wochenschrift 1894 Nr. 9.)

- Docent Dr. R. Winternitz demonstirt einen Patienten mit Primärsklerose am Kinn; die Affection ist an Stelle eines vom Patienten zerkratzten Akne-Knötchens, offenbar durch inficirende Küsse von Seiten einer Puella publica entstanden. Die Primärsklerosen am Kinn sind sehr selten. Im vorigen Jahre beobachtete er einen Fall, ebenfalls bei einem jungen Manne mit zahlreichen Akne-Knötchen im Gesicht. Prof. J. Pick glaubt dem Rasiren bei der Infection eine noch wichtigere Rolle zuschreiben zu müssen.

(Verein deutscher Aerzte in Prag, 2. November 1893. —  
Prager medic. Wochenschrift 1894 No. 46.)

- J. Neumann (Wien) hat in den letzten Jahren 6 Fälle von Syphilis der Parotis und der Glandula sublingualis gesehen. In 5 Fällen war die Parotis beiderseits erkrankt, der 6. Fall zeigte eine gummöse und ulceröse Affection der Glandula sublingualis und der Blandin-Nuhn'schen Drüse. Bei Fall 5 ist (neben anderen syphilitischen Symptomen) die Regio parotideomesenterica rechterseits vorgewölbt, die rechtsseitige Parotis lässt sich als eine elevirte, schmerzhaft, drüsig unebene Geschwulst durchfühlen, es besteht starke Salivation. Bei Fall 6 fand sich linkerseits eine haselnussgrosse Cubitaldrüse; Gaumenbögen geröthet; in der Zungenspitze, rechts von der Mittellinie, haselnussgrosser, derber, scharf umschriebener Knoten, der die untere, des Epithels stellenweise beraubte Zungenfläche etwas vorwölbt; an Stelle der Caruncula sublingualis und der Basis des Zungenbändchens ein bohnergrosses, ovales Geschwür mit infiltrirten, livid gerötheten, überhängenden, mehrere Millimeter weit unterminirten Rändern sichtbar, dessen Basis mit graugelbem, sehr festhaftendem Belag versehen ist und aus dem klarer

Speichel hervorsickert; starke Salivation; die beiden zwischen Zunge und den unteren Zähnen am Boden der Mundhöhle verlaufenden Schleimhautwülste geschwollen, dunkelroth, infiltrirt; Schmerzen beim Kauen und Schlucken. Nach energischer Quecksilberbehandlung rasche Besserung und Heilung.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 29, Heft I.)

- Dr. Krecke (München) beobachtete eine **besondere Form von syphilitischer Granulationsgeschwulst im Rachen**: 53jähriger Mann, der im 24. Lebensjahre ein Geschwür am Penis hatte und eine 14 tägige Schmiercur durchmachte, im nächsten Jahre dann Schluckbeschwerden und Geschwüre bekam, wegen welcher der Arzt eine salzige Arznei (Kal.-jodat.) verordnete; die Geschwüre bestanden aber fort, auch die Beschwerden kehrten immer wieder, so dass Patient im Verlauf der letzten 25 Jahre 400—500 Flaschen der Arznei nahm. Trotzdem trat nie völlige Heilung der Geschwüre ein. Ende September 1893 wurden die Schluckbeschwerden besonders heftig, es stellten sich starke Athembeschwerden, schnarchende Respiration mit Rasseln (mehrere Zimmer weit hörbar) ein, mässige inspiratorische Dyspnoe machte sich geltend. Bei Betrachtung des Rachens sieht man an der hinteren Rachenwand 2 rundliche Tumoren hervorragen, der obere etwa taubeneigross, der untere noch grösser; der obere ragt mit seiner oberen Grenze bis an den weichen Gaumen, von dem ein etwa 1 cm breiter Streifen fehlt, die untere Grenze des unteren Tumors lässt sich mit dem Auge nicht bestimmen, mit dem eingeführten Finger fühlt man, wie er sich breit auf den Kehlkopfeingang legt, so die Athmung hindernd; Oberfläche glatt, graugelblich (wie eine dicke, festhaftende, diphtheritische Membran aussehend), Consistenz ausserordentlich hart, an der Basis scharfe Begrenzung gegen die umgebende, normal aussehende Schleimhaut. Submaxillardrüsen beiderseits mässig geschwollen. Sonst Befund negativ. — Wie nun die Deutung der Tumoren? Gegen Carcinom sprach die glatte, gleichmässige Oberfläche und scharfe Abgrenzung, gegen Sarkom die eigenthümlich verschorfte Oberfläche und feste Consistenz. Für Syphilis sprach die Anamnese; aber Gummata im Rachen sind weich, zerfallen rasch mit Hinterlassung tiefer Geschwüre. Demnach Ein-



leitung einer Jodkalicur und local Pinselungen mit Methylenblau. Schon nach einigen Tagen bekam der Kranke mehr Luft und fühlte sich wohler. Nach und nach bemerkte man Verkleinerung der Tumoren, welche langsam schrumpften mit Hinterlassung eines Narbensaumes; nach einigen Monaten sah man bloss noch erbsengrosse wenig prominierende Granulationspfropfe, in deren Umgebung sich allseitig Narbenbildung zeigte. Also die antiluetische Therapie zeigte eclatanten Erfolg, wenn auch die Schrumpfung der Tumoren eine äusserst langwierige war. Diese eigentümlichen harten Granulationsgeschwülste hatten sich also doch auf dem Boden der S. entwickelt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 47.)

- Dr. Zappert stellt ein 5jähriges Mädchen mit einer **linksseitigen Oculomotoriuslähmung in Folge hereditärer Lues** vor. Das Kind war mit Erbrechen und Kopfschmerz erkrankt und konnte plötzlich das linke Auge nicht öffnen. Als nach etwa 14 Tagen die übrigen Erscheinungen, durch die das Kind auch bettlägerig geworden war, geschwunden waren, blieb die Lähmung des linken Auges unverändert bestehen; der linke Oculomotorius war in seinem inneren und äusseren Antheile vollständig (mit Ausnahme des Abducens und Trochlearis) gelähmt, die ophthalmoskopische Untersuchung ergab normalen Befund. Sonst keinerlei Krankheitszeichen, ausser einer seit einigen Jahren bestehenden Otitis media suppurativa. Die Mutter des Kindes hatte vorher 2 Mal abortirt, nachher 2 Kinder im Alter von 3 Wochen verloren. Auch dies Kind soll in den ersten Lebensmonaten an „Schuppung“ der Hände und Füsse gelitten haben (nach dem Krankenhausprotokoll von damals: Lues hereditaria). Obwohl derartige Lähmungen, die wie hier ganz isolirt sind, bei hereditärer S. äusserst selten sind, musste die Diagnose doch so lauten, und die Therapie bestätigte dies: nach interner Quecksilberdarreichung ging die Lähmung in wenigen Wochen ganz zurück.

(Wiener medic. Club, 24. October 1894. —  
Wiener medic. Presse 1894 No. 45.)

— Hofrath Prof. J. Neumann (Wien) spricht sich **gegen eine Frühbehandlung der S.** aus. Aus seinen Untersuchungen zieht er folgende Schlüsse:

1. „Diejenigen, welche die Sklerose in der ersten Zeit ihres Bestehens als eine locale Erkrankung ansehen, wollen durch frühzeitige Entfernung derselben den Eintritt des syphilitischen Virus ins Blut verhindern. Aber weder die Kauterisation des Primäraffectes, noch die Exstirpation desselben, selbst mit gleichzeitiger Entfernung der angrenzenden Lymphdrüsen vermögen die constitutionelle S. zu verhüten, da das Virus bald nach der Infection in die nächstgelegenen, aber nicht erreichbaren Resorptionsbahnen gelangt, in die iliacalen und abdominalen Lymphdrüsen. Die nachweisbaren pathologischen Veränderungen des Blutes, namentlich die Abnahme des Haemoglobingehaltes schon vor dem Prorptionsstadium liefert hierfür die theoretische Erklärung. Man wird sich daher der abortiven Methoden nur aus äusseren Gründen bedienen, zumal wenn der Sitz des Primäraffectes diesen Eingriff gestattet.
2. Auch die medicamentöse Präventivbehandlung vermag nicht die Allgemeinerkrankung zu verhindern. Wiewohl es logisch gerechtfertigt erschiene, dass eine Krankheit, für die wir spezifische Mittel besitzen, vom Anfange an und nicht erst von ihrer vollen Entwicklung ab zu behandeln, haben die praktischen Erfahrungen und die ad hoc angestellten Experimente diese Annahme nicht bestätigt. Man beobachtet allerdings, dass der Primäraffect sich rasch überhäutet und die Induration bald schwindet, bereits bestehende Drüsenschwellungen frühzeitig regress werden, die allgemeine Drüsenschwellung entweder ganz verhindert oder herabgemindert, gleichwie die Prorruption des Exanthems auf kürzere oder längere Zeit hinausgeschoben wird, und dass das Exanthem selbst gewöhnlich blässer und die Zahl der Efflorescenzen spärlicher erscheint; vorwiegend werden die Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle hier afficirt. Auf keinen Fall aber wird die recente constitutionelle S., ebenso wenig die eventuelle tertiäre verhindert.

Die Präventivcur bietet somit keine Vor-, sie entfaltet unter Umständen weit eher Nachtheile. Gerade die grossen, schon zur Zeit des Primäraffectes verwendeten Gaben schaffen eine Uebersättigung des Organismus mit Quecksilber, gegen welche wir zu einer Zeit, wo man gegen die ernstesten Erscheinungen der S. ankämpfen möchte, machtlos sind. Es geht weiter bei dieser Behandlungsmethode der Ueberblick über den natürlichen Verlauf der Krankheit verloren und wird das klinische Bild durch dieselbe verwirrt und gestört. Dagegen ist die Präventivbehandlung angezeigt bei syphilitischen Primäraffecten, welche wegen Sitz, Grösse oder Form oder wegen der Infectionsgefährlichkeit, z. B. bei extragenitaler Localisation, möglichst rasch zur Resorption gelangen sollen und deren Beseitigung auf operativem Wege nicht leicht möglich ist.“

(Wiener medic. Wochenschrift 1894 No. 46/47.)

- Dr. P. J. Eichhoff (Elberfeld) hat bei **schwerer Syphilis- und Mercurialkachexie** schöne Erfolge mit **Somatose**, einem neuen, geruch- und geschmacklosen Albumosenpräparat (Farbenfabriken vormals Friedrich Bayer & Co. in Elberfeld) erzielt. Er liess davon 3 Mal täglich je einen Theelöffel voll erst in warmem Wasser lösen und verreiben, worauf er einen drittel Liter Milch zusetzen liess; die „Somatosenmilch“ wurde neben gewöhnlicher, gemischter Kost verabreicht.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 46.)

- Dr. Ed. Reichmann (Elberfeld) bringt **praktische Notizen zur Anwendung der Somatose**. Letzteres, ein gelbliches, etwas körniges Pulver, leicht löslich in Wasser, besonders in warmem, ist ein vorzügliches Sparmittel für genuines Eiweiss, das Autor bei Phthisis, Pleuritis mit hochgradiger Entkräftung, Chlorose, dyspeptischen Beschwerden (oft mit heftigem Erbrechen) mit bestem Erfolge anwandte; oft wurde bedeutende Gewichtszunahme constatirt. Das Mittel wurde meist gut vertragen und gern genommen, obwohl es einen leimartigen Geschmack hat. In Milch, Schleimsuppe, Cacao,

Kaffee, Bouillon aufgelöst, schmeckt es ganz gut. Autor empfiehlt auch das Aufstreuen auf mit Butter bestrichenem Brod oder den von Stollwerk gelieferten Biscuits und Chokolade, die 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Somatose enthalten, wobei der Geschmack ganz verdeckt ist. Was die Dosirung anbelangt, so räth Autor, 3—4  $\times$  täglich einen Theelöffel voll zu geben, neben der gewöhnlichen Kost.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 47.)



## Vermischtes.

---

- Dr. Leo Leistikow empfiehlt die Benützung von **Steinkohlentheer**, der bisher wegen seines penetranten Geruches, seiner ihm eigenthümlichen Schwarzfärbung und seiner dicken Consistenz vernachlässigt wurde, aber sich nicht nur durch Billigkeit, sondern auch, wie sich Autor überzeugte, durch seine rasche juckstillende und nachhaltige Wirkung vor den anderen Theerpräparaten auszeichnet. Poliklinisch wendet Autor Steinkohlentheer mit Spiritus (aa) an, für die bessere Praxis aber empfiehlt er eine Tinct. lithanthracis, die folgendermaassen zusammengesetzt ist:

**Rp.**

<i>Ol. lithanthracis</i> (Steinhohlentheer) partes	3
<i>Spiritus</i> (95 %) „	1
<i>Aeth. sulfuric.</i> „	2

Dieses Präparat riecht wenig, ist dünnflüssig und bräunlich verfärbt; es trocknet sofort ein und ist rasch mit Olivenöl zu entfernen. Autor hat bisher 200 Fälle damit behandelt und dieselben Erfolge erzielt, wie poliklinisch mit dem 50% spirituösen Präparat, d. h. der Steinkohlentheer wirkte viel juckstillender, viel energischer und mehr in die Tiefe und bedeutend nachhaltiger, als die anderen Präparate. Er eignet sich aber nur für kleinere Hautabschnitte, nicht für universelle Leiden, auch nicht für's Gesicht. Die Tinctur ist indicirt:

1. Bei den **trockenen Ekzemformen** des behaarten Kopfes, des Nackens, der Brust, des Bauches, des Rückens und der Genitalien.

2. Bei **Psoriasis**, besonders bei Plaques der Kopfhaut und Extremitäten (vorzüglich Verbindung mit 20 % Chrysarobin)
3. Bei **Prurigo Hebra**,
4. Bei **Trichophytie**.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XIX. 1894 No. 8.)

— Die **Gärtner'sche Fettmilch** ist eine neue Methode der Säuglingsernährung, durch die einem sehr fühlbaren Mangel der bisherigen künstlichen Ernährung wirksam abgeholfen wird. Die Kuhmilch in der nöthigen Verdünnung enthält viel zu wenig Fett, dessen Werth für die Verdauung und für den Nährwerth der Milch ein sehr ins Gewicht fallender ist. Die in den ersten Lebensmonaten dem Kinde dargereichte, stark verdünnte und dadurch auf  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$  ihres Fettgehaltes reducirte Milch ist also kein rationelles Ernährungsmittel, und manche Störungen mögen die Folge davon sein. Ersatz für das fehlende Fett sollte durch Rahmconserven geschafft werden; letztere sind aber theuer und bieten keine Garantie für gleichmässige Herstellung und Haltbarkeit. Daher ist eine äusserst einfache, von Prof. G. Gärtner (Wien) ersonnene Methode, eine genügend fettreiche Milch darzustellen, warm zu begrüssen. Zur Herstellung dieser „Fettmilch“ wird zunächst die Milch mit gleichen Theilen Wassers verdünnt und das Gemenge auf einen Separator (Rahmcentrifuge) gebracht, z. B. die Pfannhausersche Balancecentrifuge, die bei Handbetrieb 200 Liter, bei Dampfbetrieb 1500 Liter pro Stunde liefert. Mit der Trommel des Apparates wird die Milch in sehr rasche Rotation versetzt (4000—8000 Umdrehungen in der Minute), sie legt sich dabei der Wand des Gefässes an und schichtet sich derart, dass die leichteren Theile nach innen, die schwereren nach aussen zu liegen kommen. Die leichteren Fettkügelchen also drängen sich nach innen, und es bildet sich eine cylindrische Rahmschichte als äusserste Begrenzung der im Apparat enthaltenen Flüssigkeitsmasse. Je weiter man nach aussen geht, desto weniger fettreiche Milch findet man, und in einer gewissen Entfernung von der Trommelwand trifft man sehr wenig fettreiche Milch an. Aus der Trommel nun gelangt die Flüssigkeit auf 2 Wegen nach aussen: 1) durch ein kleines Röhrchen, welche die Trommelwand durchbohrt und in das

Innere des Gefäßes hineinragt. Dieses Röhrchen trägt ein Schraubengewinde und kann innerhalb gewisser Grenzen mit seiner inneren Mündung gegen die Trommelachse vorgeschoben werden. Es ragt mit dieser seiner Mündung bei der üblichen Benützung des Apparates gerade in die Rahmschichte hinein und der Rahm findet hier einen Ausweg und spritzt in einem Strahle nach aussen. Er wird in eine Hohlrinne aufgefangen und durch ein Auslaufsrohr in ein Auffanggefäß geleitet. 2) Den zweiten Abfluss aus der Trommel bildet ein Rohr, das unmittelbar an der Aussenwand der Trommel mündet und dieselbe durch eine Einkerbung der oberen Kante verlässt. Aus diesem Rohr spritzt die „Magermilch“ und wird wie der Rahm nach aussen geleitet. Durch entsprechende Einstellung des Rahmröhrchens wird die Menge des zu gewinnenden Rahmes bestimmt; je weiter nach aussen die Mündung des Röhrchens liegt, desto mehr Rahm wird gewonnen, desto geringer aber wird natürlich der Fettgehalt sein. Für unseren Zweck wird das Rahmröhrchen so weit nach aussen geschraubt, dass aus den beiden Abläufen der Centrifuge in der Zeiteinheit gleich viel abfließt. Die Flüssigkeit des Rahmröhrchens ist die gewünschte Kindermilch, die fast das gesammte Fett der Vollmilch enthält. In der Magermilch findet sich 0,1 % bis höchstens 0,2 % Fett. Die Vertheilung des Caseins, Zuckers und der Salze wird durch das Centrifugiren nicht beeinflusst, also enthält die Fettmilch fast das ganze Fett, die Hälfte des Caseins, des Zuckers und der Salze, die Magermilch ebenfalls die Hälfte der letzteren 3, das ganze zugesetzte Wasser und 0,1—0,2 % Fett. Also die Fettmilch unterscheidet sich nur durch einen geringeren, leicht zu ersetzenden Zuckergehalt von der Menschenmilch (an Salzen ist die Kuhmilch so reich, dass ein Ersatz nicht nöthig ist). Das Centrifugiren bietet aber noch einen Vortheil: es wird aller in der Milch enthaltener Schmutz — Kuhkoth, Haare u. s. w. — an die Trommelwand geschleudert, und dieser „Centrifugenschlamm“ ist häufig gar nicht so gering, und für den Säugling bietet er eine nicht zu unterschätzende Gefahr. Durch die Centrifugirung gewinnt daher die Milch auch sehr an Haltbarkeit. Die Herstellung der Fettmilch erfolgt also, wenn man zugleich reine Milch gewinnen soll, kostenlos. Die

Milch muss bei einer Temperatur von 30—36 ° C. centrifugirt werden; deshalb verdünne man sie unmittelbar nach der Gewinnung mit warmem Wasser, centrifugire sie und kühle sie sofort ab oder sterilisire. — Mit dieser „Fettmilch“ hat nun Prof. Dr. Escherich bereits praktische Versuche angestellt, welche von Erfolg gekrönt waren. Er fand, dass ein Fettgehalt von 3 % — am besten zur Messung ist die Gerber'sche Methode — am zweckmässigsten ist. Die Milch sieht wie Vollmilch aus, sie schmeckt etwas weniger süß, wurde aber stets gern genommen. Verdünnungen und andere Zusätze, als Milchezucker, erwiesen sich als unnöthig. Verabreicht wurden nach Vorschrift von Heubner:

im 1.	Lebensmonate	8	Flaschen à	75 gr.
„ 2.—3.	„	7	„	120 „
später	„	6—8	„	150 „

Die Gewichtszunahme der 4 längere Zeit so ernährten Kinder war eine stetige und übertraf, obgleich 2 gerade in der Entwöhnung, 3 überhaupt schwächlich waren, die durchschnittlich bei künstlicher Ernährung erzielte Zunahme. Der Stuhl war immer gut, Obstipation kam nicht vor. Dagegen zeigte es sich, dass erkrankte Kinder die Fettmilch nicht gut vertrugen. Es ist daher vorläufig bei der Behandlung von Verdauungsstörungen davon abzusehen.

(66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. — Wiener med. Wochenschrift 1894 No. 44.)

— Dr. P. Baumm und Dr. Illner haben **Untersuchungen über die Frauenmilch, deren Veränderlichkeit und Einfluss auf die Säuglingsernährung** angestellt, welche ergaben, dass die Anforderungen, die man an eine Amme und deren Lebensweise stellt, übertriebene sind. Die Milch in der 5.—7. Woche unterscheidet sich in keiner Weise von der der 1.—3. Woche, sodass Amme und Säugling durchaus nicht gleichalterig zu sein brauchen. Die Milch zweier verschiedener Ammen ferner zeigt im Durchschnitt keine so grossen Veränderungen, als die Milch der einzelnen Amme an verschiedenen Tagen. Ob die Amme Erst- oder Mehrgebärende ist, ist unwichtig, ebenso ist die Ernährung von keinem Einfluss. Es



wurden verschiedene Ernährungsweisen streng durchgeführt mit 1. reiner Eiweisskost; 2. Kohlehydraten und Fett; 3. Mastkost; 4. Gemüse, salzigen und sauren Speisen; 5. viel Bier; 6. viel Suppen und Getränken: die Zusammensetzung der Milch blieb die gleiche (nur bei Mastkost Vermehrung des Fettgehaltes). Also es ist völlig gleichgültig, was die Amme geniesst, ebenso gleichgültig sind Fieber, Menstruation, psychische Erregungen. Das Wichtigste an der Amme ist die Quantität der Milch. Das Kind muss

	in der 1.—2. Woche bei jedem Trinken 80 gr.
„ „ 2.—4. „ „ „ „	110 „
„ „ 5.—7. „ „ „ „	130 „

bekommen. Höchstens kann noch ein zu hoher Fettgehalt Erkrankungen verursachen, aber auch nur ein ganz exorbitanter; deshalb prüfe man denselben event. mit einem gewöhnlichen Lactobutyrometer.

(Sammlung klin. Vorträge No. 105.)

**Die übliche Sterilisationsart der Milch** soll nach Ansicht einiger Hygieniker, besonders Flügge, die Qualität der Milch, d. h. ihre Verdaulichkeit ungünstig beeinflussen, ausserdem aber sollen dabei gar nicht alle Keime abgetötet werden. Letzteres ist allerdings wahr: Milch, die bei 100—102° C. sterilisirt ist, ist nicht durchaus keimfrei. Zwar alle pathogenen Mikroorganismen, sowie die Milchsäure- und Buttersäurebakterien sind vernichtet, aber die Sporen der Buttersäurebakterien und die von Flügge aufgefundenen „peptonisirenden Bakterien“ (Bakterien der „bitteren Milch“) leben noch. Da aber nun diese Keime als Entwicklungsminimum eine Temperatur von 22—25° brauchen, so ist, wenn man die sterilisirte Milch kühl, d. h. bei einer Temperatur unter 22° stehen lässt, auch die Entwicklung dieser Bakterien ausgeschlossen. Nun soll durch die beim Sterilisiren angewandte Hitze eine physikalische und chemische Veränderung der Milch bewirkt werden, sodass letztere unverdaulicher wird. Allerdings werden die 3 wesentlichsten Bestandtheile durch die Hitze alterirt: der Milchzucker verwandelt sich in Caramel, sodass Farbe, Geruch und Geschmack der

Milch sich ändern, das Casein wird schwerer gerinnbar und das Fett emulgirt schwerer, sodass die Fetttröpfchen sich in grösseren Klumpen zusammenballen: das alles aber schadet der Verdaulichkeit nicht, wie Dr. Bendix jetzt beweist. Derselbe nahm an 3 Kindern zwischen  $1\frac{1}{2}$ —2 Jahren physiologische Ausnützungsversuche bei Fütterung mit eingekochter und sterilisirter Milch vor und stellte genau die Differenzen in der Assimilation des Stickstoffes und Fettes fest: diese Differenzen waren so gering, dass ein Unterschied in der Verdaulichkeit eingekochter und sterilisirter Milch geläugnet werden muss. Den Vorzügen also, welche die sterilisirte Milch gegenüber der ungekochten besitzt, stehen Nachtheile nicht gegenüber, und man kann mit Recht bei 100° sterilisirte und dann kühl aufbewahrte Milch als besten Ersatz der Muttermilch empfehlen.

(Berliner physiolog. Gesellschaft, 26. October 1894. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 88.)

- G. Rodsewitsch beobachtete **plötzliches Versiegen der Milchsecretion bei einer Amme unter dem Einflusse eines Schrecks**: eine 20 jährige gesunde Amme wird von einem grossen Hunde erschreckt und fiel dabei zu Boden. Die vollen Brüste fielen sofort zu reinen Hautlappen zusammen, es konnte kein Tropfen Milch ausgedrückt werden. Nach 8 Tagen trat wieder normale Milchsecretion auf. Autor liess die Amme viel trinken (Thee, Bier, Milch), gab Brom-Chinin gegen die starken Kopfschmerzen und massirte täglich die Brüste.

(Russkaja Medicina 1894 No. 25. —  
Litteraturbeilage der St. Petersburger medic. Wochenschrift 1894 No. 9.)

- **Schafmilch als Milch für Erwachsene** empfiehlt Dr. Norbert Auerbach (Berlin). Kuhmilch enthält zu wenig Fett und Eiweiss. Der Eiweissbedarf des Erwachsenen wird erst durch 4 Liter davon gedeckt, und das ist eine zu grosse Flüssigkeitsmenge, die den Magen so sehr belastet, dass ausschliessliche Milchdiät sich schwer durchführen lässt. Schafmilch hat doppelt soviel Eiweiss und Fett. Der Preis ist ein mässiger, wenn ostfriesische resp. holländische Milchschafe benützt werden, die sich durch Körpergrösse und Fruchtbarkeit auszeichnen und im Laufe eines Jahres 550—600 Liter Milch (in den ersten

5 Wochen nach der Lammung  $2\frac{1}{2}$ —3, nachher ca.  $1\frac{1}{2}$  Liter pro die) geben. Der Geschmack ist süß und sehr angenehm. Anwendung müsste die Schafmilch finden bei Reconvalescenz von schweren Krankheiten, bei Phthisis, Anaemie und Chlorose, chronischen Verdauungsstörungen (Gastrektasie), Nephritis und Vitum cordis. Das vorzügliche Nahrungsmittel sollte zunächst von Sanatorien und Curorten eingeführt werden, dann werden sich wohl auch die Molkereien der Städte für diese „beste Milch“ interessieren.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 10.)



## Bücherschau.

---

**Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz.** Annales suisses des Sciences médicales. Basel und Leipzig 1894, Verlag von Carl Sallmann.

2. Reihe. 1. Heft: **Les Altérations Anatomiques et les Troubles Fonctionnels du Myocarde.** Par les Drs. H. Audeoud et Ch. Jacot-Descombes. 164 S. mit Illustr.

2. Reihe. 2. Heft: **Beiträge zur Kenntniss der Eiweisskörper des Blutserums.** Von Dr. R. Brunner. 15 S.

2. Reihe. 3. Heft: **Beitrag zur Lehre von den Grenztumoren von Conjunctiva und Cornea.** Von Dr. O. Burckhardt. 27 S. mit Illustr.

Diese 3 soeben erschienenen Hefte reihen sich würdig ihren Vorgängern an, indem auch sie hochbedeutende wissenschaftliche Arbeiten bringen, welche dem Sammelwerke zur Zierde gereichen. Besonders die erste, in französischer Sprache abgefasste, umfangreiche Arbeit, welche auch von der Genfer medicinischen Facultät preisgekrönt worden ist, verdient die vollste Aufmerksamkeit aller Fachgenossen; ihr Studium wird für alle, welche sich in Zukunft irgendwie mit dem Thema beschäftigen, unerlässlich sein. Ein interner Kliniker und ein pathologischer Anatom haben sich hier zusammengethan, und

die Frucht der gemeinschaftlichen Arbeit ist eine ausgezeichnete Monographie, welche alle Seiten des Gegenstandes umfasst und eine erschöpfende Darstellung alles Wissenswerthen darbietet. Der Titel der Arbeit giebt die beiden Hauptabschnitte derselben an; beide werden durch eine reiche Casuistik illustriert. Der Arbeit ist ein Litteraturverzeichniss beigegeben, das an Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig lässt. Die Ausdrucksweise der Verfasser ist eine so klare und einfache, dass auch der, welcher der französischen Sprache nicht ganz mächtig ist, das Buch rasch zu studiren vermag. — Heft 2 enthält die Untersuchungen über die im Blutserum vorkommenden Eiweisskörper, einer Frage, die für den Mediciner, Physiologen und Chemiker von gleich hohem Interesse ist. Die neueren Forschungen ergeben, dass im normalen Blutserum nur 2 Eiweisskörper vorhanden sind, ein Albumin (Serumalbumin) und ein Globulin (Para- oder Serumglobulin), bis vor einiger Zeit Chabrié einen neuen Eiweisskörper „Albumon“ darin entdeckte. Brunner's Untersuchungen zeigen nun, dass dies Albumon nicht im Serum vorgebildet ist, sondern vielmehr ein Spaltungsproduct aus dem Albumin und Globulin ist, welches bei der Coagulation nach der Methode von Chabrié entsteht. — Was endlich die Burckhardt'sche Arbeit anbelangt, so ist sie für den Augenspecialisten von grösster Wichtigkeit, zumal diese Tumoren nicht häufig und die hier vorgeführten Fälle besonders selten sind. Autor behandelt 4 in letzter Zeit auf der Basler Augenklinik zur Beobachtung gelangte und operirte Fälle ganz genau, indem er bei jedem die Krankengeschichte, den Status praesens und das Resultat der mikroskopischen Untersuchung registrirt, worauf epikritische, höchst interessante Bemerkungen über diese 4 Fälle folgen.

**Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften.** Herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. A. Drasche in Wien. Verlag von Karl Prochaska, Teschen i. Schl. Preis der Lieferung: M. 1.—.

Die uns heute zur Besprechung vorliegenden Lieferungen 42 bis 45 führen die Abtheilungen „Interne Medicin und Kinderkrankheiten“ (Bd. II, Heft 4 und 5) und „Pharmakologie und Toxikologie“ (Heft 17 und 18) weiter. Letztere Abtheilung ist dadurch bis zu dem Artikel „Zahnärztliche Arzneimittel“ fortgeschritten. Die beiden Hefte enthalten wieder zahlreiche Aufsätze namhafter Schriftsteller, einzelne Artikel stellen wahre Monographien dar. In der Abtheilung

„Interne Medicin und Kinderkrankheiten“ begegnen wir ebenfalls in den beiden Heften ausgezeichneten Arbeiten, z. B. „Hypnotismus“ von Sommer, „Idiopathische Herzvergrösserungen“ von Penzoldt, „Hysterie“ von Wagner, „Icterus“ von Neusser-Ortner u. s. w. Hoffentlich erscheinen die folgenden Lieferungen in derselben raschen Aufeinanderfolge, wie bisher, damit das grosse Nachschlagewerk bald vollendet vor uns liegt.

**Real-Encyclopaedie der gesamten Heilkunde.**  
Herausgegeben von Prof. Dr. Albert Eulenburg. Wien und Leipzig 1894. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Bd. IV.  
Preis: M. 15.—, geb. M. 17.50.

Auch dieses Riesenwerk, auf das wir schon öfters aufmerksam zu machen Gelegenheit hatten, schreitet rüstig vorwärts. Schon kurze Zeit nach Erscheinen des 3. Bandes konnte Bd. IV die Presse verlassen, ein Zeichen des unermüdlichen Fleisses des Herausgebers. Auch in diesem Bande, welcher die Artikel „Brenzcatechin“ bis „Clysmata“ enthält, sind manche neue Arbeiten zu finden, manche ausserdem, welche entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft umfassende Abänderungen erfahren haben. Von besonders sich durch Umfang und Gediegenheit auszeichnenden Arbeiten nennen wir „Brillen“ von W. Goldzieher, „Bronchitis catarrhalis“ von Aufrecht, „Brustfellentzündung“ von Rosenbach, „Brusthöhle“ von Karl v. Bardeleben, „Brustwunden“ von Küster, „Carbolsäure“ von L. Lewin, „Carcinom“ von Birch-Hirschfeld, „Cataracta“ von Laqueur, „Cauterisation“ von Wolzendorff, „Chinarinde“ von C. Binz, „Chlorosis“ von Eichhorst, „Cholera“ von Eichhorst, „Chorea“ von Eulenburg, „Chylus“ von J. Munk, „Chylurie“ von Senator. Aber auch jeder andere, beliebig herausgegriffene Artikel bringt dem Leser sofort den Beweis, dass in diesem lexikalischen Monumental-Werk nur das Beste Platz fand.

In demselben Verlage erschienen ferner  
(Besprechung vorbehalten):

**Wiener Klinik.** Redigirt von Dr. Anton Bum. Preis pro Heft: M. 1.—, pro Jahrgang (12 Hefte): M. 8.—.

Heft 5. **Second life.** Das Seelenbinnenleben des gesunden und kranken Menschen. Von Prof. Dr. Benedikt.

Heft 6. **Über unilaterale Hallucinationen.** Von Dr. Heinrich Higier.

„ 7. **Die eitrige Mittelohrentzündung.** Bericht über 100 dauernd geheilte Fälle. Von Dr. A. Eitelberg.

**Wann dürfen Gonorrhoeische heirathen?** Von Dr. Edmund Saalfeld. Berlin 1894, Verlag von Fischer's medic. Buchhandlung (H. Kornfeld). 24 S.

Die kleine Schrift giebt auf obige Frage, welche für den Praktiker von höchster Wichtigkeit und oft genug recht schwer zu beantworten ist, nach allen Seiten hin genügenden Aufschluss. Wir können das kleine Buch mit gutem Gewissen empfehlen.

**Lehmann's medic. Handatanten.** München 1895, Verlag von J. F. Lehmann.

Bd. VIII. **Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen.** Von Prof. Dr. Helferich. Preis: M. 8.—.

Wir haben auch dieses Unternehmen bereits wiederholt gewürdigt und unseren Lesern angelegentlichst empfohlen. Der vorliegende Band ist ganz besonders geeignet, die Vorzüge der Lehmann'schen Atlanten ins hellste Licht zu setzen, was wohl zum Theil an dem Stoffe liegen mag, der sich prächtig zur Illustrirung eignet, aber auch zum grossen Theil dem Verfasser zuzuschreiben ist, der es in ausgezeichneter Weise verstanden hat, in Wort und Bild uns alle Fracturen und Luxationen vorzuführen. 166 farbige Abbildungen, fast ausnahmslos durchaus gelungen, finden wir in dem Werke vor; jeder dieser Abbildungen fügt der Autor in kurzen, markigen Zügen die nöthige Erklärung an und giebt ausserdem in ebenso prägnanter und klarer Diction jeder grösseren Gruppe von Erkrankungen, anatomisch geordnet, eine kurze Beschreibung der Diagnose, Aetiologie und Therapie bei. Das dem Praktiker so überaus wichtige Capitel der Chirurgie kann derselbe sich durch dieses Werk spielend zu eigen machen. Dazu kommt noch der in Hinsicht auf das Gebotene auffallend billige Preis, der es jedem ermöglicht, sich das schöne Werk anzuschaffen.

**Geburtshülflche Taschen-Phantome.** Von Dr. K. Shibata. München 1895, Verlag von J. F. Lehmann. III. vermehrte Auflage. Preis: M. 3.—.

Der Umstand, dass in kurzer Zeit. 3 Auflagen nöthig waren, beweist schon, dass die geburtshülflchen Taschen-Phantome einem wirklichen Bedürfnisse entgegengekommen sind. In der That ist die Idee des Verfassers, durch ganz kleine, bewegliche Kinderpuppen und ein ebensolches Becken die grösseren Phantome, die nicht Jeder sich verschaffen kann und die man nicht bei sich herumtragen kann, zu ersetzen, eine sehr glückliche gewesen. Man kann hier noch besser, wie bei jenen grossen Phantomen, sich die verschiedenen Lagen, Stellungen und Haltungen des Kindes vor Augen führen und den ganzen Geburtsact verfolgen, sodass es keine bessere Ergänzung für das geburtshülflche Lehrbuch giebt, als dieses Taschenphantom.

In demselben Verlage erschien ferner (Besprechung vorbehalten):

**Gardone Riviera am Gardasee.** Von Dr. H. Heinzelmann. 68 S. Preis: M. 1,50.

**Encyclopädische Jahrbücher.** Herausgegeben von Prof. Eulenburg. IV. Jahrgang. 1894, Wien und Leipzig. Verlag von Urban & Schwarzenberg. 620 S. Preis: Mk. 15.—, geb. M. 17,50.

Diese Bücher, von denen jedes Jahr ein Band erscheint, sind dazu bestimmt, die Besitzer der Real-Encyclopädie auf dem Laufenden zu erhalten, d. h. bis zum Erscheinen einer neuen Auflage alljährlich ein zusammenfassendes Bild dessen zu bringen, was in der medicinischen Wissenschaft Neues und Beachtenswerthes geleistet worden ist. Die Bücher sind also auch für diejenigen, welche nicht im Besitze des Hauptwerkes sind, von ungemein grossem Werth, da sie ja ein selbstständiges Ganzes bilden und, alphabetisch geordnet, wie sie den Stoff überliefern, als Nachschlagewerk für den Gelehrten und Praktiker unübertrefflich sind. Man findet hier die altbewährten Autoren der Real-Encyclopädie wieder, von denen jeder sein Gebiet in mustergültiger Weise bearbeitet hat. Zahlreiche Illustrationen sorgen dafür, dass dem Leser auch im Bild wie im Wort wichtige Neuerungen vorgeführt werden, und genaue Litteraturangaben am Schluss jedes Artikels vervollständigen den Ueberblick. Auch dieser Jahrgang wird deshalb, wie die früheren, einen dankbaren Leserkreis finden.

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Gratzner in Sprottau.*



**Verlag von CARL SALLMANN, Basel & Leipzig.**

---

Neu erschienen:

**Les Altérations Anatomiques**  
et les  
**Troubles Fonctionnels du Myocarde**  
suivis d'une  
**Etude sur le Rétrécissement Mitral Fonctionnel.**

Par les  
**Drs. H. AUDEOUD et CH. JACOT-DESCOMBES.**  
Assistants à la Clinique Médicale et à l'Institut pathologique de l'Université de Genève.  
Preis M. 4.— = Fr. 5.—

---

**Beiträge zur Kenntnis der Eiweisskörper**  
des Blutserums.

Von **Dr. ROBERT BRUNNER.**  
Preis 80 Pf. = 1 Fr.

---

**Beitrag zur Lehre von den Grenztumoren**  
von

**Conjunctiva und Cornea.**  
Von **Dr. med. OTTO BURCKHARDT.**  
Pr. Mk. 1.60 = Frs. 2.—

---

**Aus der medicinischen Klinik von Prof. Dr. Sahli in Bern:**

Ueber den  
**Einfluss des Blutegelinfuses**  
auf die Thrombenbildung.  
Von **Dr. med. JULES EGUET**  
Assistenzarzt an der medicinischen Klinik in Bern.  
Preis Mk. 1.20 = Frs. 1.50 etc.

---

**Die Blatternepidemie in Bern vom Jahre 1894**

Von **Dr. WILHELM OST**  
Arzt am Gemeindelazareth in Bern.  
Preis Mk. 1.60 = Fr. 2.—

---

**Beiträge zur Kenntniss des Frauencaseïns**

und seiner  
**Unterschiede vom Kuhcaseïn.**  
Von  
**Dr. AUGUSTIN WRÓBLEWSKI.**  
Preis Mk. 1.20 = Fr. 1.50.

---

DRUCK VON OTTO DÜRR IN LEIPZIG.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*Februar*

*IV. Jahrgang*

*1895*

---

**Agrypnie.** Dr. A. Claus (Gent) wandte **Trional** bei Schlaflosigkeit der Kinder an und empfiehlt es als ausgezeichnetes Hypnoticum, das nach 10—15 Minuten Schlaf erzeugt, am nächsten Morgen keine üblen Nachwirkungen hat und die intellectuellen, respiratorischen und circulatorischen Functionen unberührt lässt, auch einen günstigen Einfluss auf die Verdauung entfaltet und Verdauungsstörungen eher bessert, als verschlechtert. Man giebt das Mittel  $\frac{1}{2}$  Stunde nach der Abendmahlzeit und spätestens 15 Minuten vor dem Schlafengehen in heisser Milch, oder noch besser in Confect oder Honig. Dosis bei Kindern von

1 Monat bis 1 Jahr	. . .	0,2—0,4
1 Jahr „ 2 „	. . .	0,4—0,8
2 „ „ 6 „	. . .	0,8—1,2
6 „ „ 10 „	. . .	1,2—1,5.

Das **Trional** wirkte bei allen Arten von Schlaflosigkeit (ausser bei solchen in Folge von Schmerzen), bei A. bei Verdauungsanomalieen, Dentitionsstörungen, Infectionskrankheiten, Epilepsie u. s. w. Bei **Chorea**, **Convulsionen** und **Pavor nocturnus** wurde auch ein günstiger Einfluss auf diese Leiden beobachtet, besonders bei **Pavor nocturnus**, wo sich das Mittel bei 8 Fällen sehr bewährte.

(Internat. klin. Rundschau 1894 No. 45.)

— Auch C. Goldmann (Patschkau) hat das **Trional** in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl von Fällen von A., die nicht durch Schmerzen hervorgerufen waren, insbesondere aber bei

neurasthenischer A. recht befriedigende Resultate erzielt, indem durch Dosen von 1 gr ein mindestens 6-, gewöhnlich aber 8stündiger Schlaf erzielt wurde, nach welchem vollkommene Euphorie vorhanden war. Man ist aber doch vor Nebenwirkungen nicht sicher, wie ein vor einiger Zeit beobachteter Fall von Haematoporphyrinurie beweist, der nach wochenlangem Gebrauch des Trionals auftrat, ebenso wie diese Veränderung des Blutfarbstoffes ja auch öfters bei Sulfonalgebrauch sich zeigte. Autor erwägt nun, wie dieser und anderen Nebenwirkungen des Trionals vorzubeugen wäre. Jede Haematoporphyrinurie wird von einer Hyperacidität des Harns begleitet, andererseits nimmt nach längerer Zufuhr des Sulfonals (also auch gewiss seines chemischen Verwandten, des Trionals) die Alkalescenz des Blutes ab; es steht also jedenfalls letzterer Umstand mit jener Hyperacidität in einem gewissen Connex, und durch Zufuhr geeigneter Alkaliengelingt es zweifellos, die Blutalkalescenz auf normaler Höhe zu erhalten und damit der Hyperacidität des Harnes und dem Auftreten der Haematoporphyrinurie entgegenzutreten. Es ist auch bereits letztere Affection durch eine Alkalitherapie erfolgreich beseitigt worden! Ferner beobachtete man, dass hartnäckige Obstipation und Oligurie beim Zustandekommen der Haematoporphyrinurie ebenfalls eine Rolle spielten, da durch sie die Ausscheidung des Mittels verhindert wird. Also auch hier muss man eingreifen! Es ergibt sich also bei bereits eingetretener Haematoporphyrinurie, gekennzeichnet durch die eigenthümliche Burgunderrothverfärbung des Urins, folgende Therapie: zunächst Sorge für regelmässige Darmentleerung; dann Darreichung von kohlen-säurehaltigen Wassern, den Tag über in grösseren Mengen, zum mindestens 2 Flaschen und gleichzeitig damit des Natr. bicarbonic. 4—6 gr pro die, bis der Urin wieder normale Farbe zeigt. Um aber dieser und anderen Nebenwirkungen des Trionals prophylaktisch gegenüberzutreten, will Autor Folgendes berücksichtigt wissen:

1. Man lässt das Trional niemals in höheren Dosen als 2 gr reichen; überall dort, wo nicht Schmerzen die A. bedingen, erzielt man fast regelmässig durch Dosen von 1,5 gr einen Schlaf von 6—8 Stunden

Dauer. Bei der neurasthenischen A. genügt gewöhnlich eine Gabe von 1 gr, um einen ruhigen Schlaf zu erzeugen.

2. Das Trional darf niemals trocken genommen werden oder mit wenig kaltem Wasser nachgespült werden, sondern es muss gleichzeitig mit dem Hypnoticum ein grösseres Volumen, etwa eine Tasse (ca. 200 ccm) einer möglichst warmen Flüssigkeit gereicht werden. Das kann z. B. durch gleichzeitige Darreichung von Suppe, Thee u. s. w. geschehen. Hierdurch gelangt das Trional schnell zur Resorption und zur prompten Wirkung.
3. Man beachte, dass beim Trionalgebrauch eine zeitweilige Unterbrechung der Medication stattfinde. Kein praktischer Arzt wird Wochen hindurch oder — wie die Litteratur lehrt — Monate hindurch ununterbrochen ein Schlafmittel reichen.
4. Um jeder event. Ansammlung nicht resorbirten Trionals vorzubeugen, um eine Ausscheidung desselben zu beschleunigen und damit einer Alkalientziehung des Blutes aus dem Wege zu gehen, lasse man während des Gebrauches des Trionals den Tag über kohlensäurehaltige Mineralwasser (Selters, Apollinaris) reichen; daneben empfiehlt es sich, noch citronen- oder weinsaure Salze zu nehmen, sei es in Form von Seignettesalz oder Brauselimonade. Die Pflanzensäuren verbrennen im Organismus zu kohlensauren Salzen und erhöhen dadurch die Alkalleszenz des Blutes.
5. Kommt trotz dieser Vorbeugungsmittel Obstipation hinzu, so ist dieselbe durch Seidlitzpulver und ähnliche Laxantien rechtzeitig zu heben.

Diese Vorschriften beachte man, damit das Trional nicht in Misscredit komme. Denn „es ist eines unserer besten Schlafmittel der Jetztzeit; wegen seiner prompten Wirkung und des Fehlens von Nebenerscheinungen ist es entschieden dem Sulfonal vorzuziehen.“

(Therap. Monatshefte 1894 No. 11.)

**Arthritis urica.** Dr. H. Langstein (Teplitz-Schönau) hat das **Uricedin-Stroschein** (eine von Stroschein in Berlin hergestellte weisse, gekörnte, im Wasser sehr leicht lösliche

Substanz), ein Präparat, das schon von Dr. J. Krakauer und von Dr. Mendelsohn (XII. Congress für innere Medicin) warm gegen harnsaure Diathese empfohlen worden war, bei sich und 50 anderen Patienten in Dosen von 2,5 gr bis steigend auf 10 gr pro die angewandt und ist mit dem Resultate sehr zufrieden gewesen. Er kann dem Ausspruche Krakauers, dass die Wirkung des Mittels in Krankheiten der harnsauren Diathese eine viel sicherere und raschere ist, als die der üblichen Mineralwässer und Alkalien, und vollkommen frei von den oft recht unangenehmen Begleiterscheinungen, welche bei etwas längerem Gebrauche der letzteren sich einzustellen pflegen, vollkommen beistimmen und empfiehlt es als Adjuvans bei Bade- und Trinkcuren und als Nachcur, besonders für die oft böse Winterszeit, auf's Wärmste. Die Vortheile des Uricedins fasst er in Folgendem zusammen:

1. Dass sich dasselbe recht gut nimmt, und dass der Erzeuger dasselbe in Form von Cakes in Verkehr gebracht hat, die sogar einem etwas verwöhnten Gaumen nicht unschmackhaft erscheinen können.
2. Dass es selbst in grösseren Dosen — 10 gr pro die — genommen, absolut keine unangenehmen Nebenwirkungen hat, dass es höchstens etwa abführend wirkt, was bei an harnsaurer Diathese Leidenden doch nur als ein Vorzug, gewiss nicht als Schaden angesehen werden kann, um so weniger, als die Wirkung auf den Stuhlgang nicht unangenehm, quälend oder schmerzhaft ist.
3. Irritirt das Uricedin selbst bei langem Gebrauche den Magen und das Herz absolut nicht, was nicht von allen Gichtmitteln gesagt werden kann.
4. Vermehrt das Uricedin in angenehmer Weise die Diurese.
5. Wirkt es ziemlich sicher, wenn auch nicht immer rascher, als andere Mittel, auf die Ausscheidung der Harnsäure. Der Harn wird zuerst harnsäurereicher, dann bald minder sauer, neutral oder alkalisch, je nach der Dosis des verabreichten Uricedins.
6. Ist das Mittel im Stande, die Schmerzen zu bekämpfen und einzuschränken.
7. Ist zudem der Preis des Uricedins ein sehr

mässiger und dürfte dasselbe wohl bald berufen sein, eine grössere Anwendung in der Behandlung der harnsauren Diathese zu finden.

(Prager med. Wochenschrift 1894 No. 45.)

— Dr. Heermann (Sagan) berichtet über einige mit dem **Piperazin** erzielte Erfolge. Der eine Patient z. B., der schon seit 20 Jahren an A. litt, bekam bei einem neuen Anfall erst 20 Tage lang 0,5 Piperazin pro die, dann noch 30 Tage 1 gr. Bereits am 8. Tage Wirkung deutlich zu constatiren, bald vollkommene Heilung. Ein anderer, seit 10 Jahren an A. leidender Herr, der gewöhnlich jährlich 2, in der Regel 6—8 Wochen dauernde Anfälle hatte, wurde binnen 3 Tagen mit Piperazin geheilt; er bekam im Ganzen 10 gr des Mittels.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 11.)

**Augenentzündungen.** Dr. Ransohoff hat mit den von Darier eingeführten **subconjunctivalen Sublimatinjectionen** gute Erfolge erzielt, besonders bei **Hypopyon-Keratitis** und **eitrigem Hornhautinfiltrat** spontanen oder traumatischen Ursprunges. Früher heilte man diese ja auch oft durch antiseptische Maassnahmen, durch das Ferrum candens in Form des Thermo- oder Galvanokauters, manchmal freilich musste man die Spaltung nach Sämisch vornehmen. Hier hatte man aber immer ausgedehnte, dichte Narben mit erheblicher Herabsetzung des Sehvermögens zu erwarten, während bei den Injectionen, durch die es bisher stets gelang, Heilung herbeizuführen, kleine, durchsichtige Narben die Regel sind. Bei einem sehr hartnäckigen Fall von **Ulcus serpens**, wo mehrmalige Anwendung des Paquelin unwirksam blieb, genügte eine einzige Injection! Auch bei **Keratitis parenchymatosa** ist das Verfahren wirksam, ebenso bei der serösen und plastischen **Iritis**, bei der die Exsudate auffallend rasch zur Resorption gelangen, wobei freilich die Allgemeinbehandlung und die Instillationen von Mydriaticis nicht entbehrt werden können. Auch bei **Choroiditis**, besonders frischer, empfiehlt sich das Verfahren, durch das die Exsudate rascher, als sonst, zur Aufsaugung gelangen und die Betheiligung der Retina verhütet wird. Günstig wirken die Injectionen auch bei abge-

laufener Choroiditis, und auch in mehreren Fällen von **Choroiditis atrophicans** in Folge hochgradiger Myopie erreichte Autor damit nicht unerhebliche Besserung des Sehvermögens. Endlich ist auch die **sympathische Ophthalmie** ein Feld für die Injectionen, welche folgendermaassen ausgeführt werden: mit einer Pravaz'schen Spritze spritzt man, etwa 6—8 mm vom Limbus corneae entfernt, 1—3, höchstens 4 Theilstriche einer 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> Lösung von Sublimat in das subconjunctivale Gewebe, indem man mit einer Pincette eine Falte der Conjunctiva bulbi aufhebt und in diese die Spitze der Spritze einstösst. Vorher natürlich sorgfältige Reinigung des Conjunctivalsackes! Operation unter Cocain, das man am besten (2%) dem Sublimat zusetzt. Nach der Injection chemotische Schwellung der Conjunctiva bulbi, zuweilen subconjunctivale Ekchymosis. Daher am besten für einige Stunden ein Occlusivverband. Manchmal 2—3 Stunden nachher heftige Schmerzen; dann Cocain einzuträufeln, event. subcutan Morphinum. Nach 2—3 Tagen ist die Conjunctiva zur Norm zurückgekehrt, und man kann event. an einer benachbarten Stelle eine neue Injection machen.

(Aerztl. Verein zu Frankfurt a. M., 17. IX. 1894. —  
Zeitschrift für ärztl. Landpraxis 1894 No. 11.)

- Prof. Schirmer lenkte 1891 die Aufmerksamkeit auf die **Vaccine-Blepharitis**, d. h. eine von ihm in 7 Fällen beobachtete Erkrankung der Augen, resp. der Lidränder, die durch Uebertragung des Inhalts von Impfpusteln bei Kindern auf die Augen Erwachsener entstanden war. Jetzt veröffentlicht Dr. J. Cohen (Wien, II. Univ.-Augenklinik) 3 Fälle dieser Erkrankung, welche den Schirmer'schen durchaus gleichen, nur dass der eine Fall nicht jemanden aus der Umgebung des geimpften Kindes betrifft, sondern das geimpfte Kind selbst, das sich selbst inficirte, ein höchst seltener Fall. Die ersten Symptome sind constant Schwellung und Oedem der Lider, die stets unter heftigen Schmerzen, oft auch unter Fieber auftreten; oft ergreift die Schwellung auch die angrenzende Wangengegend und die ganze Gesichtshälfte. Constantes Anfangssymptom, auch in leichten Fällen: Anschwellung der präauricularen Drüsen. Unter zunehmender Schwellung und Entzündung kommt es in den nächsten Tagen zur Entwicklung von

Impfpusteln, die aber der Arzt meist nicht sieht, da rasch daraus Geschwüre werden. Man hat aber oft Gelegenheit, in den nächsten Tagen das Auftreten wirklicher Impfpusteln an den Lidrändern zu beobachten, meist am intermarginalen Theil und an der angrenzenden Haut: in der Regel flache, gelbliche Blätterchen, die fast stets multipel, häufig an gegenüberliegenden Stellen des Ober- und Unterlides zu finden sind. In einem der 3 Fälle war das Impfgeschwür mit einem speckigen, diphtheritisch aussehenden Belag bedeckt, und es schritt von hier aus in gleicher Weise auf beide Lidränder fort; dieser Belag stiess sich im Verlaufe der Heilung ab, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Dieser croupöse Belag wurde auch von anderen Autoren bereits gesehen. Von den ersten Symptomen nun bis zum vollständig entwickelten Krankheitsbild vergehen durchschnittlich 4—10 Tage, dann kommt die Rückbildung, die meist rasch zur Restitutio ad integrum führt; zuerst lassen Schwellung und Infiltration der Umgebung des Geschwüres nach, das vorher geschlossene Auge kann wieder spontan geöffnet werden, die Geschwüre fangen an, ihren Belag abzustossen, der Geschwürsgrund beginnt von den Rändern her mit junger Epidermis sich zu bedecken, und je nach der Schwere des Falles dauert es 4—14 Tage, bis der Belag völlig abgestossen und die ganze Stelle des Geschwüres mit normaler Haut überzogen ist. Zur Narbenbildung kommt es selbst bei sehr ausgedehnten Geschwüren so gut wie nie, manchmal kommt es zu einer geringen Verkleinerung der Lidspalte (Ankyloblepharon), namentlich bei Geschwüren im Lidwinkel. Als ernstere Complication tritt nur bisweilen eine Keratitis profunda auf mit ringförmigen Infiltraten der tiefsten Schichten des Hornhautparenchyms, welche einen sehr schleppenden Verlauf nimmt und stets Trübung der Hornhaut zurücklässt. Differentialdiagnostisch kann nur, wie hier beim 1. Fall, wo ein hart infiltrirtes grosses Geschwür am äusseren Lidwinkel bestand, harter Schanker in Betracht kommen; bei diesem fehlen aber die starken entzündlichen Erscheinungen und die grosse Schmerzhaftigkeit, ferner sind hier die geschwollenen Drüsen nicht schmerzhaft. Therapeutisch machte Autor Umschläge mit stark verdünnter Burow'scher Lösung, Schirmer empfahl Jodoform-aufstreuung und Occlusivverband. Prophylaxis:



die Angehörigen eines geimpften Kindes müssen ermahnt werden, nach Berührung der Impfpusteln sich stets die Hände zu reinigen!

(Wiener klin. Wochenschrift 1894 No. 52.)

**Barlow'sche Krankheit.** Thomas Barlow verbreitet sich über die **Beziehungen der Affection zur Rhachitis** und hebt hervor, dass es sich keineswegs um Rhachitis handelt, sondern um eine Form des Scorbut, die sich allerdings vorwiegend auf rhachitischer Basis entwickelt. Verlauf und Symptome: Ziemlich plötzlicher Beginn gewöhnlich zwischen 9. und 18. Lebensmonat. Kinder meist etwas rhachitisch, aber mit gutem Fettpolster, blassem Aussehen. Manchmal leichte digestive Störungen im Anfange. Plötzlich Kinder sehr empfindlich bei Bewegungen oder Berührung der unteren Extremitäten. Allmähig, meist symmetrisch, Entwicklung einer unbestimmten, auf Druck schmerzhaften, nicht ödematösen Schwellung ohne Röthung der Haut oder Fluctuation, eine unregelmässige Verdickung rund um den Knochen oberhalb der Epiphysen. Später dann noch Oedem der Füße. Stellung der Beine, zuerst aufgezogen, jetzt pseudo-paralytisch. Grosse Schwäche des Rückens, Schwellungen an der Scapula, manchmal auch der oberen Extremitäten, an den Handgelenken und der Epiphyse des Oberarmes. Gelenke selbst frei. In schweren Fällen Crepitation an der Grenze der Epiphysen; gewöhnlicher Sitz dieser Fracturen das obere und untere Ende des Femur und das obere Ende der Tibia. Am Brustbein charakteristische Veränderungen: es scheint mit den angrenzenden Rippenknorpeln und den fracturirten Rippenenden in toto eingesunken zu sein, als ob es durch einen heftigen Stoss eingedrückt sei. Auch Verdickungen am Schädel und einzelnen Gesichtsknochen beobachtet. Am Auge nicht selten plötzliche Entwicklung einer Proptose des Augapfels mit Schwellung und sanguinolenter Verfärbung des oberen Lides, sowie Ekchymosen an der Conjunctiva bulbi. Als allgemeines Symptom am auffallendsten die colossale Anaemie. In schweren Fällen dazu Ekchymosen der Haut und Purpura. Meist geringes, unregelmässiges Fieber. Enorme Muskelschwäche und Prostration. Verhalten des Zahnfleisches wichtig: sind noch keine Zähne da, oft bloss kleine Extravasationen vorhanden, sonst Zahn-

fleisch schwammig aufgelockert und mit leicht blutenden Wucherungen versehen. Im Urin manchmal etwas Eiweiss, manchmal auch Blut. Dauer des Leidens 2—4 Monate. Dann Rückbildung der Knochenveränderungen bis auf kleine ringförmige Verdickungen, entsprechend der ursprünglichen Schwellung, Heilung der Fracturen ohne starke Callusbildung, Rückgang der allgemeinen Symptome. Therapie: frische, möglichst unverdünnte Milch, gekochte und fein gesiebte Kartoffel mit Milch oder Fleischbrühe, roher Fleischsaft und frischer Orangen- oder Traubensaft, daneben event. Tonica. Ruhige horizontale Lage.

(Royal College of Physicians, London — Bradshaw Lecture, Nov. 1894.  
Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 47.)

**Cirrhosis hepatis.** Prof. Chiari demonstriert Präparate von einem Falle von C., der bemerkenswerth erschien durch eine hochgradige consecutive Dilatation der Vena coronaria ventriculi und der Venae oesophageae. (Diese Dilatation der letzteren Venen ist von Bedeutung, da dadurch Varices des Oesophagus entstehen können, welche zu tödtlichen Blutungen aus dem Oesophagus Veranlassung geben können.) In vivo war bei dem Patienten 3 Wochen ante exitum ein continuirlich sausesendes Geräusch zwischen Schwertfortsatz und Nabel beobachtet worden, das von der aufgelegten Hand deutlich als Schwirren wahrgenommen wurde. Am meisten ähnelte es in seinem Charakter den Gefässgeräuschen bei Struma vasculosa. Gleichzeitig traten auch am Herzen, und zwar wechselnd, bald an der Spitze, bald an der Basis stärker, systolische Geräusche auf, welche als fortgeleitet angesehen wurden. Das Sausen blieb bis zum Tode, welcher unter cholämischen Symptomen erfolgte, erhalten. Man hatte dies akustische Phänomen richtig als Gefässgeräusch, entstehend in dilatirten Venen, gedeutet.

(Verein deutscher Aerzte in Prag, 26. October 1894. —  
Prager medic. Wochenschrift 1894 No. 45.)

**Coxa vara.** Dr. Schnitzler demonstrierte einen interessanten Fall, betreffend einen 18jährigen Handlungsgehilfen, der wegen Schmerzen in der Gegend der linken Hüfte und des linken Kniegelenkes, sowie wegen seines hinkenden Ganges die chirurg. Klinik aufsuchte. Seit 4 Jahren Patient durch seinen Beruf gezwungen, viel zu

stehen und zu gehen. Abmagerung und Verkürzung der linken unteren Extremität; Verkürzung beträgt  $2\frac{1}{2}$  cm, ist bedingt durch Hochstand des Trochanter. Linkes Gesäss flacher, linker Trochanter prominent. Bewegungen im rechten Hüftgelenk vollkommen frei, im linken Beugung und Streckung durchaus frei, Adduction eingeschränkt, Abduction völlig aufgehoben, Rotationsbewegungen auf ein Minimum reducirt. Stoss gegen den Trochanter, sowie Bewegungen in der linken Hüfte vollkommen schmerzlos. Die Diagnose konnte, da ein vorausgegangenes Trauma auszuschliessen war, nur zwischen der Annahme coxalgischer Veränderungen oder einer Schenkelhalsverbiegung schwanken; da vollkommene Parallelstellung des erkrankten Beines bestand, da Beugung und Streckung vollkommen frei waren und diese Bewegungen, wie auch die quantitativ veränderten Bewegungen um die vertikale und um die sagittale Axe in glatter Weise erfolgten, sodass man auf ein der Form der Gelenksconstitution nach normales Gelenk schliessen konnte, diagnosticirte Autor Schenkelhalsverbiegung, Coxa vara, also Verminderung des Winkels zwischen Schenkelhals und Schaft, wie sie durch Belastung bei gleichzeitiger abnormer Nachgiebigkeit des Knochens (Spätrhachitis!) zu erfolgen pflegt. Das Leiden, das beiderseits ebenfalls vorhanden sein kann, wird sehr häufig mit Coxitis verwechselt, weil auch bei dieser Schmerzen in den Hüften und Knien, Bewegungseinschränkung und Verkürzung zu constatiren sind, und nicht selten ist deshalb unnöthig die Resectio coxae ausgeführt worden. Bei Coxa vara sind die Kranken fast nie zur Bettruhe gezwungen, auch sind meist die Bewegungen in einer Richtung ganz frei. Therapeutisch kommt man mit Bettruhe und Extension, event. später mit einem höheren Schuh aus.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 9. Novemb. 1894. — Internat. klin. Rundschau 1894 No. 46.)

**Diphtherie.** Von den neuesten Mittheilungen über die Anwendung des Heilserums seien folgende hier wiedergegeben: Hager (Magdeburg) wandte es bei 25 Kindern im Alter von 8 Monaten bis 16 Jahren an. Davon 1 Fall sehr schwerer Art letal, die übrigen genasen. Davon waren 8 leicht, 6 mittelschwer, 10 schwer (ausge-

dehnte Membranen, bis 41° Fieber, starke Drüsentumoren, Nasendiphtherie). 1 Fall erforderte 250, drei 500, sechs 600, sieben 1000, drei 1200, zwei 1500, zwei 2500 und mehr Antitoxineinheiten. Genesung meist ganz typisch erfolgend: 24 Stunden nach der Injection subjectives Wohlbefinden, nach 2 Mal 24 Stunden Fieber, nach weiteren 24 Stunden Pulsfrequenz herabgegangen, in allen Fällen 24 Stunden post inject. Membranen scharf vom Gesunden abgegrenzt und nach weiteren 4 Tagen meist verschwunden. Von Nachkrankheiten 2 Mal Lähmung, 1 Mal Dysenterie beobachtet, Albuminurie nur selten und vorübergehend. Urticaria 5 Mal an der Injectionsstelle, 1 Mal an einer entfernten. — Sodann wurden 35 Kinder prophylaktisch geimpft. Davon erkrankten 4; das eine wurde mit 500 Antitoxineinheiten geheilt, die anderen genasen sogar ohne jede Therapie. Autor empfiehlt das Mittel zur Nachprüfung!

Möller (Krankenhaus Magdeburg-Altstadt) berichtet über 76 injicirte Fälle (nicht injicirt wurden ganz leichte und moribund eingelieferte), stellt aber bloss die tracheotomirten hier gegenüber. Bei denselben Mortalität 39,6%, 16% weniger als die von April bis November d. J. ohne Serum behandelten Tracheotomirten, 9% weniger, als die geringste bisher in jenem Hospital beobachtete Mortalitätsziffer. Albumen bei 12% aller Gespritzten, 6 Mal Urticaria. Auch dieser Autor empfiehlt das Serum den Praktikern.

(Centralblatt für innere Medicin 1894 No. 48.)

- Demuth behandelte 3 Fälle schwerster D., 2 Kinder von 3 und 4 Jahren (600 Antitoxineinheiten) und ein 26jähriges Mädchen (1000 Einheiten). Stets rasche Heilung. 1 Mal kleinfleckiges, nach 3 Tagen wieder abgeblasstes Exanthem, am 4. Tage post inject. auf Brust und Armen, 2 Mal Eiweiss im Urin, das nach 3—4 Tagen wieder verschwand.

(Vereinsblatt der pfälz. Aerzte 1894 No. 11.)

- Marine-Oberstabsarzt I. Cl. a. D. Dr. Kuntzen (Oschersleben, Kreiskrankenhaus) berichtet von 25 Injicirten (2 Erwachsenen, 23 Kindern). Die am 1. und 2. Krankheitstage injicirten Kinder erhielten 600 Antitoxineinheiten, die übrigen und die Erwachsenen die doppelte Dosis. Die

Diagnose war nur eine klinische; Autor meint, man könne jetzt der bakteriologischen ganz gut ent-rathen, da „man auf Grund des Krankheitsverlaufs nach der Serumbehandlung sehr gut im Stande ist, die Diagnosenachträglich ex juvantibus mit Sicher-heit zu stellen. Wenn ein der D. verdächtiger Fall nach Injection der nach der Erkrankungsdauer erforder-lichen Serummeng in vollkommen typischer Weise ver-läuft, wenn am 2. Behandlungstage Temperatur und Puls zur Norm zurückkehren und das Allgemeinbefinden vor-trefflich ist, während die Beläge im Rachen im alten Um-fange bestehen, dick wie Speck oder Bisquitporzellan den befallenen Theilen aufliegend, wenn sich am 3. Behand-lungstage der Rand des scharf abgesetzten Belages von der Unterlage abzuheben scheint und am 4. Behand-lungstage der ganze erkrankte Bezirk gereinigt ist, dann ist die Annahme unabweisbar, dass es sich um echte, wirk-liche D. gehandelt hat.“ Autor stellt folgende Tabelle auf:

Krankheitstag	Fälle	Heilungen	Heilungen in ‰	
erster	3	3	100	
zweiter	6	6	100	
dritter	7	6	85,7	1 gestorben
vierter	2 (2) Tracheotomieen	2	100	
fünfter	2	2	100	
sechster	1 (1)	—	—	(1) gestorben
siebenter	3 (1)	2	66,7	(1) gestorben
achter	1 (1)	1	100	
zus.	25 (5)	22	88	3 gestorben.

Auch dieser Autor hält besonders die prakt. Aerzte für berufen, das Serum zu prüfen. „Der Arzt, der primo loco die D. behandelt, ist der berufenste Richter über den Werth der Serumbehandlung.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 49.)

- Dr. Hansemann wendet sich gegen Behring und sein Serum. Zunächst ist der Löffler'sche Bacillus keineswegs die Ursache der echten Bretonneau'schen D., sondern spielt nur bei einer Reihe von Fällen (75‰) eine Theilrolle: denn der Bacillus findet sich nicht in

allen Fällen typischer Bretonneau'scher D., er kommt nie allein vor, er findet sich auch bei Erkrankungen, die mit D. nichts zu thun haben, und bei Gesunden, er ruft bei Thieren eine Krankheit hervor, die mit D. weder klinisch noch anatomisch übereinstimmt; bei derselben Epidemie kommen neben einander Fälle typischer D. mit und ohne ihn vor. Die Voraussetzungen der Serum-Therapie sind nur Hypothesen; Thatsachen sind nur: 1. Thiere kann man durch abgeschwächte Culturen oder das isolirte Gift der Löffler'schen Bacillen gegen die durch dieselben Bacillen erzeugte Krankheit immunisiren. 2. Das Blutserum solcher immunisirter Thiere ist im Stande, Thiere, die an derselben Löffler'schen Krankheit leiden, zu heilen und sie vor dem Ausbruch zu schützen. Aber Thiere verhalten sich ja gegen Gifte anders, als Menschen und auch unter sich verschieden; ferner ist es ja nicht D., die bei Thieren durch das Serum geheilt wird, sondern die Löffler'sche Bacillenkrankheit. Das spricht schon theoretisch gegen das Serum als specifisches Heilmittel der D. des Menschen; aber auch praktisch hat es sich gezeigt, dass das Serum eine specifische Wirkung weder als Immunisirungs- noch als Heilmittel entfaltet und dass es nicht unschädlich ist. Mehrfach sind „immunisirte“ Fälle doch an D. erkrankt und, was die Heilung der D. durch das Serum anbelangt, so sind in den Statistiken viele leichte Fälle entfallen, die auch ohne Serum geheilt wären (wenn man Fälle von Rhinitis fibrinosa, bei der sich stets der Löffler'sche Bacillus findet, die aber stets in Heilung übergeht, mit Serum behandelte, so würde man 100% Heilungen erzielen!), dann ist auch früher schon oft die Mortalität auch durch andere Therapie ebenso günstig beeinflusst worden, endlich fanden sich trotz Injectionen nach der Heilung manchmal Lähmungen ein, sodass also eine specifische Wirkung nicht möglich ist. Von Schädigungen sind bisher constatirt: Urticaria, Blutungen in der Haut mit Gelenkschmerzen und Schwellungen, hohem Fieber und Coma, ferner Einwirkungen auf die Nieren. Es ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

1. Es liegen keine wissenschaftlichen, theoretischen oder experimentellen Gründe vor, das sogenannte Diphtherieheilserum als specifisches Heilmittel gegen D. beim Menschen anzusehen.

2. Ein Beweis der specifischen Heilkraft des Serums gegen die D. beim Menschen ist bisher durch die praktischen Erfahrungen nicht erbracht.
3. Das Mittel kann schädlich wirken, denn es übt einen zersetzenden Einfluss auf das Blut und wirkt schädigend auf die Nieren.

— Prof. Dr. v. Bergmann entgegnet: Nur anfangs sei relativ selten bei D. der Löffler'sche Bacillus gefunden worden, später hätten nicht nur der Entdecker selbst, sondern auch alle anderen denselben nur ganz selten vermisst; Roux und Yersin fanden ihn regelmässig, dasselbe wurde von Genf, Wien, München, Stuttgart berichtet, wo er in 470 Fällen sich 450 Mal vorfand. Wenn man bedenkt die Schwierigkeiten der Untersuchung, ferner die Schwierigkeiten, Angina necrotica von D. zu unterscheiden, dann bedeuten die 20 Fälle gar nichts! In den letzten 26 bei Bergmann behandelten Fällen fand sich der Bacillus stets! Dass neben ihm noch andere Bacillen sich finden, ist nicht zu verwundern; beim Milzbrandcarbunkel finden sich auch neben dem Milzbrandbacillus noch andere, und doch ist ersterer der Erreger. Auch dass der Bacillus sich manchmal bei Gesunden vorfindet, hat nichts zu sagen. Man bedenke die verschiedene Virulenz eines Bacillus, ferner, dass zur Erlangung der Infection noch etwas anderes gehört, als der Bacillus. An den Händen der Chirurgen kleben immer Staphylokokken und Streptokokken, und doch bekommen sie trotz der so häufigen kleinen Verletzungen so selten schwere Eiterungen. Pasteur fand bei Thieren dieselben Lähmungen, wie beim Menschen; ferner können Meerschweinchen durch den Löffler'schen Bacillus in typischer Weise krank gemacht werden und sie können mit Hilfe von abgeschwächten Culturen des Löffler'schen Bacillus gewonnenem Serum immunisirt werden. Nimmt man dazu, dass sich beim Menschen fast stets bei D. dieser Bacillus findet, so braucht man bloss die kleine Hypothese zu Hilfe zu nehmen, dass die durch den Löffler'schen Bacillus erzeugte Krankheit der Kaninchen identisch mit der D. des Menschen ist, um sich zu sagen: der Kliniker war verpflichtet, das Mittel zu prüfen. Ueber die

Resultate will Autor erst später sprechen. Bis zum Beginn der Serumtherapie wurden in seiner Abtheilung in 12 Jahren 4054 Kinder an D. behandelt, davon 2086 tracheotomirt. Gesamtmortalität: 52 %.

- Prof. Virchow theilt die Resultate mit, die im Kaiser Friedrich-Krankenhaus mit dem Serum erzielt wurden. Anfangs operirte man mit dem Aronson'schen. Sehr gute Erfolge! Die Geheilten verhielten sich zu den Gestorbenen wie 6 : 1. Dann ging das Mittel aus, die Mortalität stieg sofort enorm an, wurde etwa der Heilungszahl gleich. Dann kam das Behring'sche Serum: Die Sterblichkeit fiel wieder zu dem ersten Verhältniss herab. Gesamtergebnis:

Bei 533 Fällen wurden 303 geimpft. Sterblichkeit 13,2 %.

Bei 533 Fällen wurden 230 nicht geimpft. Sterblichkeit 47,8 %.

Diese Zahlen lassen wohl keinen Zweifel an der Wirksamkeit des Serums aufkommen und alle theoretischen und sonstigen Bedenken müssen gegenüber diesen „brutalen“ Zahlen zurücktreten! Jeder ernsthafte Arzt hat daher die Pflicht, das Mittel anzuwenden, er darf nicht an den geringen Schaden denken, den er erzeugen kann, denn die Vortheile der Serumbehandlung überwiegen bedeutend diese Schäden. — Den Begriff „Diphtherie“ betreffend, ist die anatomische D. nicht dasjenige, was die Löffler'schen Bacillen erzeugen. D. kommt auch wo anders (Darm, Blase u. s. w.) vor, es giebt diphtheritische Processe ohne Bacillen. Es scheint, dass gerade die Mortification der Gewebe durch andere Bakterien, als die Löffler'schen erzeugt wird, und Streptokokken z. B. findet man viel häufiger in diphtheritischen Belägen, als jenen. Hier giebt es also noch viel aufzuklären, vor allem aber müssen wir schon jetzt das Dogma „ohne Diphtheriebacillen keine D.“ fallen lassen.

(Berliner medic. Gesellschaft, 28. November und 5. December 1894. —  
Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 50. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 50.)

- Dr. H. Kossel (Berlin, Institut für Infektionskrankheiten) bringt weitere Beobachtungen über die Wirksamkeit des



**Behring'schen Diphtherieheilserums.** Vom 15. März bis 1. December v. J. damit behandelt 117; davon starben 13, also Mortalität = 11,1 % (in der Kinderklinik der Charité Diphtherie-Mortalität in den letzten Jahren 1889/90 = 52,4 %, 1890/91 = 60,1 %, 1891/92 = 60,8 %, 1892/93 = 56,4 %), Mortalität der ersten drei Krankheitstage sogar nur = 1,4 %. Sollte das Zufall sein? Sämtliche Fälle bakteriologisch untersucht. In 2 Fällen von schwerer verschleppter D. des Rachens und Nasenrachenraumes hier stets nur Kokken zu finden, nie Diphtheriebacillen; bei beiden Kindern kam es zu einer spontan perforirenden Otitis media, und im Ohreiter fanden sich nun neben Streptokokken auch Diphtherie-Bacillen; letztere waren im Rachen wahrscheinlich schliesslich von anderen Bakterien überwuchert worden. Von jenen 117 Fällen war schon Larynx-Diphtherie mit im Spiel bei 44 Fällen, die meist ins Krankenhaus geschickt worden waren, weil die Aerzte wegen der Erstickungsgefahr eine Operation für indicirt hielten, trotzdem ohne Operation 21 Fälle genesen! Bei 23 Kindern Tracheotomie erforderlich, indem die allerhochgradigste Stenose vorherrschte; hier 11 Fälle = 47,8 % genesen, gewiss keine geringe Zahl!). Das Uebergreifen des diphtheritischen Processes auf den Kehlkopf in solchen Fällen, die bei Beginn der Behandlung keine Larynxerscheinungen hatten, wurde niemals beobachtet! In frischen Fällen nach der Injection oft kritisches Sinken der Temperatur zu bemerken (in den 43 Fällen der ersten beiden Krankheitstage Temperatur 17 Mal in spätestens 24 Stunden, 12 Mal in spätestens 48 Stunden normal), der Puls kehrt oft erst einen Tag später zur Norm zurück. Abstossung der Beläge in den 104 geheilten Fällen vollendet nach der Injection am 2. Tag 18 Mal, am 3. Tag 30 Mal, am 4. Tag 24 Mal, am 5. Tag 10 Mal, am 6. Tag 9 Mal, am 8. Tag 2 Mal; der Ablösung der Membranen geht eine scharfe Abgrenzung derselben gegen das gesunde Gewebe voraus, die meist nach 24—36 Stunden deutlich sichtbar war. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, in denen zur Zeit der 1. Injection keine Albuminurie bestand, trat dieselbe auch später nicht auf. Von den 104 Fällen 57 ohne jede Albuminurie verlaufend; bei den übrigen waren nur Spuren von Eiweiss und nur kurze Zeit vor-

handen, sodass die Albuminurie wohl nur eine „febrile“ war. Nur 12 Mal Albuminurie länger, von 7—40 Tagen anhaltend, bei 7 bestand sie schon seit der Aufnahme, 8 bekamen davon in der Reconvalescenz Lähmungen. Ein schädigender Einfluss des Serums auf die Nieren also nicht zu beobachten! Lähmungen überhaupt wurden 19 Mal gesehen. Das Endurtheil Kossel's lautet: „Dass man nicht erwarten kann, jeden Fall von D. mit Serum zu heilen, dass es aber bei frischen, uncomplicirten Fällen von Rachendiphtherie gelingen muss, durch eine genügende Dosis mit Sicherheit Heilung zu erzielen. Auch bei der Behandlung der späteren Stadien der Krankheit ist die Prognose bedeutend besser als ohne Serumbehandlung.“

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 51.)

— Prof. Widerhofer hat 100 Fälle, meist schwere und schwerste Fälle injicirt. Mortalität = 24% (in den vorausgegangenen 9 Monaten = 52,6 %, in den gleichen Monaten, in denen jetzt injicirt wurde, früher d. h. 1893 = 44 %, 1892 = 39 %, 1891 = 34 %). 96 Mal der Löffler'sche Bacillus gefunden, bei 7 Fällen Streptokokken in überwiegender Anzahl (von diesen 4 gestorben, 3 unter dem Bilde der Sepsis). An dem der 1. Injection folgenden Tage findet man die gelblichen Exsudatmassen weiss, milchig (bei Mischinfection mehr breiig, schmierig) und beginnende Aufrollung und Abstossung, Abschwellung der Drüsen, jedenfalls aber wahrnehmbare Besserung des Allgemeinbefindens, welches spätestens 48 Stunden nach der 1. Injection ein so günstiges ist, dass man die Wirkung der letzteren nicht bloss als eine „überraschende“, sondern geradezu als eine „unglaubliche“ hinstellen kann, ausgenommen septische Fälle. Autor fasst seine Erfahrungen folgendermaassen zusammen:

1. Es besteht für mich nicht der geringste Zweifel mehr, dass das Behring'sche Heilserum eine gewisse Gruppe von Diphtherie-Erkrankungen, und zwar nicht etwa die mildeste Form, so günstig beeinflusst, dass Behring's Serumtherapie eine Heilmethode gegen D. genannt zu werden verdient, welcher wir bis jetzt auch nicht annähernd eine gleiche an die Seite stellen können.

2. Diejenigen Diphtheriefälle, welche schwere, ja schwerste Intoxicationssymptome darbieten, sind eigentlich jene Gruppe, bei welcher günstige, ja überraschende Erfolge, wenn sie in den ersten 3 Tagen der Erkrankung injicirt werden, am exactesten zu Tage treten. Wir sahen mehrere solcher Fälle genesen, von denen wir vor der Serumtherapie nur höchst selten einen genesen sahen. Es müssen aber reine, echte Diphtheriefälle sein, nicht Mischformen, welche schon oder erst später durch anderweitige Bakterieninvasionen complicirt sind.
3. Es unterliegt keinem Zweifel, dass das Wort Behring's vollkommen richtig ist, dass über den 3. oder 4. Krankheitstag hinaus die Wirkung des Heilserums zweifelhaft ist, womit nicht gesagt sein soll, dass dann jede weitere Anwendung des Heilserums vollkommen zwecklos ist.
4. In solchen Fällen, in welchen der diphtheritische Process bereits den Larynx ergriffen hat, die Stenosenerscheinungen aber noch im Beginne oder mindestens erst von kurzer Dauer sind, sahen wir nicht selten noch günstige Erfolge. Wo aber die D. bereits über den Larynx hinabgestiegen ist, kommen günstige Resultate nur mehr in vereinzelten Fällen vor. Bei Ergriffensein der kleinen Bronchien oder bei lobulärer Pneumonie ist kein Erfolg mehr zu erwarten.
5. Aus dem Gesagten folgt nothwendig, dass die Behring'sche Serumtherapie berufen ist, die Mortalität der D. um ein Bedeutendes herabzudrücken, und sie wird nach meiner Meinung diese Hoffnung auch bestimmt erfüllen.
6. Ein schädigender Einfluss der Serumtherapie auf den kindlichen Organismus konnte bis jetzt mit Bestimmtheit nicht constatirt werden. Die beobachteten Degenerationen der inneren Organe, besonders der Nieren, wurden auch früher in gleicher Intensität und Häufigkeit gesehen.
7. Unter den Nachkrankheiten der D. finden sich bei der Serumtherapie Paralysen ebenso wie früher, doch scheint es, als ob ihre Häufigkeit vermindert wäre.
8. Die localen Reactionen der Injectionen sind

fast 0; circumscripste Röthungen, allerdings quälende Urticaria, Suffusionen, Injectionsabscesse wurden in vereinzeltten Fällen beobachtet.

9. Ueber die Tragweite des Immunisirungsverfahrens lassen die bisherigen Versuche noch kein abschliessendes Urtheil zu.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 21. December 1894. — Wiener medic. Presse 1894 No. 52.)

- Geh.-Rath Prof. Bäumler (Freiburg i. B., medic. Klinik) hat 26 Fälle injicirt, nur mit No. I und II, mit letzterer auch wegen Mangels an Stoff nur selten, auch da wo es nöthig gewesen wäre, trotzdem war der Eindruck, zumal auch sehr schwere Fälle darunter waren (davon starben 2), ein sehr günstiger; in mehreren Fällen schwerer Art mit confluirenden Belägen und beginnender Kehlkopfstenose war der Umschwung innerhalb 12—24 Stunden ein geradezu überraschender, namentlich in Bezug auf den örtlichen Process. Erytheme, in 2 Fällen auch mit Urticaria, 4 Mal, Albuminurie nicht häufiger, als sonst bei schwerer D. gefunden. Neben der Serumbehandlung wurde freilich auch die seit Jahren geübte Behandlung mit Einpuderung oder Insufflation von Schwefel (Sulfur. depur. oder praecip.) mittelst dicken weichen Pinsels resp. durch Einblasen, 3—4 Mal in 24 Stunden durchgeführt, welche Methode einen entschieden günstigen Einfluss auf die örtliche Erkrankung ausübt.
- Prof. Kraske (Freiburg i. B., chirurg. Klinik) hat 16 Tracheotomirte injicirt. 5 Todesfälle (31,25 %), aber auch früher waren die Resultate ganz günstige. Der allgemeine Eindruck der Serumbehandlung war zuerst ein guter, aber er blieb nicht so bestehen: es starben Kinder, bei denen die Injection zuerst einen eclatanten Erfolg geäussert hatte und wo die Canüle schon fortgelassen werden konnte; sie bekamen aufs Neue Fieber, starke Bronchitiden, lobuläre Pneumonien und Albuminurie. Schon vorhandene Albuminurien wurden nach den Injectionen stärker, manchmal traten sie erst nach den Injectionen auf.
- Prof. Schottelius (Freiburg i. B.) spricht über Diphtheriebacillen: diese sind gar nicht so leicht von anderen zu unterscheiden! Die jungen Bacillen lassen sich nach

Gram färben! Die Diphtheriebacillen sind bei Körpertemperatur beweglich, bei Zimmertemperatur freilich tritt Kältestarre ein. Zur Cultivirung ist das complicirte Löffler'sche Blutserum nicht erforderlich, besser sogar ist ein 2—4 % Glycerinagar. Verwechselungen 1—2 Tage alter Diphtherie-Culturen sind leicht möglich mit Streptokokken und anderen Bakterien. Eine frühzeitige bakteriologische Diagnose ist noch zu schwierig, als dass der Praktiker sich zur Zeit allzu sehr auf dieselbe stützen könnte.

(Verein Freiburger Aerzte 1894, 30. October. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 52.)

- Eine grössere Anzahl von Fällen haben ferner\*) mit Serum behandelt und sprechen sich günstig für das Mittel aus: Dr. Horicicka, Pola, Marinehospital (Wiener klin. Wochenschrift 1894 No. 49), Dr. Pullmann, Offenbach a. M. (Deutsche Medicinal-Ztg. 1894 Nr. 99), Prof. Dr. Sonnenburg, Moabit, städt. Krankenhaus (Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 50), Dr. Seiz, Constanz (Therap. Monatshefte 1894 No. 12).
- Ueber **Nachwirkungen des Diphtherie-Heilserums** liegen noch folgende Beobachtungen vor:
- Dr. V. Cnyrim (Frankfurt a. M., städtisches Krankenhaus) konnte solche bei zweien seiner Assistenten constatiren, die wegen diphtheritischer Ansteckung Injectionen erhielten. Dem einen wurden am 24. und 25. October je 10 ccm No. II resp. No. III injicirt. Diphtherie rasch besser, aber am 31. October urticariaartiger Ausschlag

\*) Wir können nicht alles bringen, was jetzt in den Fachschriften über die Serumbehandlung geschrieben wird, da wir sonst das ganze Heft ausschliesslich diesem Gegenstande widmen müssten. Casuistische Mittheilungen über 1—3 injicirte Fälle, wie sie heute modern sind, werden grundsätzlich übergangen, zumal wohl später eine Sammel-Statistik auch sie aufnehmen wird. Ueber grössere Arbeiten und wichtige, die Frage betreffende Neuigkeiten werden wir nach wie vor genau referiren. Im Allgemeinen ist die Ansicht der meisten Collegen welche bisher das Serum anwandten, die: „das Serum scheint günstig einzuwirken und der gewissenhafte Arzt ist verpflichtet, es event. anzuwenden, aber ein endgültiges Urtheil abzugeben, ist noch nicht möglich.“ Dass es jetzt bereits Enthusiasten unter den Collegen giebt, von denen sogar manche die Erfinder des Mittels in ihrer Hoffnungsfreudigkeit übertrumpfen und das Serum als „sicherste und bestes Mittel gegen Diphtherie“ empfehlen, ist bedauerlich.

**Die Redaction.**

an der Injectionsstelle (Oberschenkel), in den nächsten Tagen Drüsenschwellungen, Schmerzen in Knie- und Ellenbogengelenken, Muskelschmerzen, starkes hämmerndes Kopfweg, Fieber bis 39,5. Erst am 4. November Nachlass. Ähnlich erkrankte Dr. K. nach Injection von No. I. 4 Tage nachher die ersten allgemeinen Erscheinungen, die ersten Drüsenschwellungen (ebenso wie beim 1. Fall am Unterkieferwinkel) am 7. Tage, Urticaria am 8. Tage. Am 11. Tage Nachlass, aber noch nach 21 Tagen Schmerzen im rechten Arm und starke Behinderung dessen Gebrauchsfähigkeit.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 48.)

— Dr. Otto Treyman (Frankfurt a. O., städt. Krankenhaus) berichtet von einem **Fall von akuter hämorrhagischer Nephritis nach Seruminjection**: Ein mit mittelschwerer, mit mässig hohem Fieber einhergehender D. erkranktes 3 Jahre altes Kind wird, da Anfangs Verschlechterung eintritt, mit hohen Dosen Serum behandelt (am 25./X. Injection No. II  $\frac{1}{1}$ , am 26./X No. III  $\frac{1}{2}$ , am 27./X. No. III  $\frac{1}{2}$ ), trotzdem nur langsam Besserung, nie im Harn Albumen. Am 1. und 2. November fast Heilung; da am 3. November wieder Belag, Injection von No. I  $\frac{1}{1}$ . Tags darauf unter hohem steigenden Fieber und diffusem masernartigem Exanthem Albuminurie, begleitet von Haematurie, in den nächsten Tagen bis zur Anurie sich steigernd; sehr schlechtes Allgemeinbefinden, Apathie, Oedeme. So 5 Tage lang, dann plötzlich Abfall (Temperatur normal, Harn eiweiss- und blutfrei, Allgemeinbefinden gut, Exanthem abgeblasst, Rachen frei). Kind wird einige Tage später entlassen, kommt aber 14 Tage später sehr schwach und anämisch zurück mit Gaumensegellähmung, linksseitiger Abducenslähmung, Parese der Nackenmuskeln, Ataxie der Beine.

— Mit Bezug auf diesen Fall beschreibt Dr. J. Schwalbe (Berlin) eine von ihm beobachtete **acute hämorrhagische Nephritis bei D. ohne Heilserumbehandlung** zum Beweise dafür, wie leicht jetzt der letzteren Complicationen zugeschrieben werden, die auch sonst bei D. vorkommen. Um über den therapeutischen Effect des neuen Mittels ein klares Urtheil zu gewinnen, studirt

mancher den Verlauf seiner Krankheitsfälle aufmerksamer als zuvor und verfällt dabei oft in den Fehler, für alle auffallenden Störungen das Mittel verantwortlich zu machen. So steht's mit der Häufung der Albuminurie. Mancher prüfte früher nur ausnahmsweise den Urin, jetzt aber regelmässig! Nach Hensch ist Albuminurie etwa in der Hälfte der Fälle von D. vorhanden, Baginsky fand unter 279 Fällen 131 Mal Eiweiss, Autor selbst unter 470 Fällen 227 Mal. Aehnlich mit der Nephritis; zwar ist letztere bei D. nicht so häufig, wie z. B. bei Scharlach, aber selten ist sie nicht, selten ist höchstens hier die acute hämorrhagische Nephritis im Gegensatze zu Scarlatina, wo häufiger Blut gefunden wird. Bei einer acuten hämorrhagischen Nephritis kann also leicht ein Zusammenhang mit dem Serum construirt werden. Wie vorsichtig man aber auch hier sein muss, lehrt eben ein von Schwalbe beobachteter Fall, wo bei einem Knaben, bei dem während der D. nie Eiweiss gefunden wurde, in der Reconvalescenz, am 25. Tage plötzlich sich eine schwere acute hämorrhagische Nephritis mit hohem Fieber und schwerem Allgemeinbefinden entwickelte, welche 7 Tage lang bestand und dann abheilte.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 51.)

- **Zur Casuistik der Heilserum-Exantheme** liefert Dr. J. Asch (Berlin) ebenfalls einen Beitrag. Ein 2 $\frac{1}{4}$  Jahre altes Kind erkrankte an ganz leichter D., erhält aber auf Wunsch der Eltern am Abend des 1. Tages 1 Fläschchen No. I injicirt. 24 Stunden später werden nochmals, trotzdem keine Verschlimmerung zu constatiren war, ebenfalls auf Wunsch und auf Rath eines Collegen noch 5 ccm No. II injicirt. Die D. verlief nicht anders, als sonst leichte D., es zeigten sich Urticaria und erythemartige Ausschläge, die aber wieder verschwanden. Das Kind stand auf, es fiel aber dabei auf, dass die Reconvalescenz nicht recht vorwärts ging, es erholte sich sehr langsam, war unlustig und gereizt; ausserdem zeigten sich immer wieder hier und da flüchtige, fleckige Röthungen. Da, 15 Tage nach der letzten Injection, plötzlich schwere Erkrankung: hohes Fieber, sehr kleiner, beschleunigter Puls, stöhnende und frequente Respiration, hinten an den Lungen Rasseln, Somno-

lenz, auf der Haut ein fast über den ganzen Körper ausgebreitetes, dunkelrothes Exanthem, ähnlich dem Erythema multiforme (an den Armen und am Halse kleinfleckig, manchmal confluierend, an Brust und Bauch diffuse scharlachähnliche Röthe, am intensivsten Beine befallen, wo alle Varietäten des Erythema multiforme, stecknadelkopf- bis linsengrosse, über das Niveau prominirende Flecke, einzeln stehend und auch zu grösseren, bis Markstückgrossen Papeln confluierend, dazwischen unregelmässige Formen, Ringe, Kreise, Windungen zu bemerken sind). Das schwere Krankheitsbild, zu dem noch Schmerzen in den Beinen, besonders in den Fuss- und Kniegelenken (hier leichte Schwellung) hinzukommen, hält etwa 5 Tage an, dann Reconvalescenz. — Ob hier die grosse, weder zu der Schwere der Erkrankung, noch zu dem Alter des Patienten im Verhältniss stehende Dosis Schuld ist, nicht festzustellen. „Jedenfalls werden wir, da sich die Zahl ähnlicher übler Zufälle zu mehren scheint, ernstlich vor die Frage gestellt, ob wir das Recht haben, in ganz leichten Fällen von D. von dem Mittel Gebrauch zu machen, oder ob wir dasselbe reserviren müssen für schwerere Erkrankungen, deren Gefahr schon ein gewisses Risiko gestattet“. Ausserdem lehrt der Fall, dass wir den Kranken noch Wochen lang beobachten müssen, da so spät noch Nachkrankheiten sich einstellen können.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 51.)

- Dr. Wallé (Wandersleben) empfiehlt ein neues, aus einer „glücklichen“ Verbindung von Wasserstoffsperoxyd, Natr. salicyl. und Natr. lactic. entstandenes Mittel „Salactol“ (von K. F. Töllner in Bremen, Flasche von 125 gr zu M. 2,50), mit dem er in 5 Jahren 52 Fälle von D. von der leichtesten bis zur schwersten Art und bei Patienten jeden Alters (26 Kinder von  $\frac{1}{2}$ —16 Jahren) rasch geheilt haben will, d. h. alle damit Behandelten, und zwar ohne dass irgend eine Nachkrankheit je sich zeigte. Mit dem Mittel sollen die afficirten Theile 3—2stündlich bespinselt, in der Zwischenzeit soll damit gegurgelt (für beides event. auch 2stündliches  $\frac{1}{4}$  Stunde dauerndes Inhaliren ausreichend), sowie esslöffelweise (bei Kindern wohl weniger?) intern eingegeben werden.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1894 No. 92.)



— Dr. Kersch (Wien) wendet seit längerer Zeit bei D. und Croup auf Grund von Thierversuchen eine **Jodsalicyl-Therapie** an, die ihm sehr günstige Resultate ergab (17,6% Mortalität). Er verschreibt:

**Rp.**

*Natr. jodat. 3,0*

*Natr. salicyl. 5,0*

*Aq. dest. 200,0*

*Syr. Rub. 30,0*

M. D. S. Stündlich 1 Esslöffel, bei drohender Gefahr 2 Esslöffel voll.

Selbst bei sehr schweren Fällen soll diese Medication Rettung gebracht haben (behandelt 17 Fälle, davon genesen 14). Der manchmal auftretende Jodismus bei Kindern ist vollständig unbedenklich; die Kinder husten wohl etwas mehr und leiden an Schlaflosigkeit, starkes Thränen und copiöser Nasenfluss treten auf, aber alle diese Erscheinungen zeigen sich in der Folge belanglos. Bei abstinirenden Kindern schlägt Autor die subcutane Injection einer concentrirten Lösung vor und zwar von

**Rp.**

*Natr. jodat. 1,0*

*Natr. salicyl. 2,5*

*Aq. dest. 10 cm<sup>3</sup>*

M. D. S. 2  $\times$  täglich das Ganze zu injiciren.

oder:

**Rp.**

*Natr. jodat. 2,0*

*Natr. salicyl. 5,0*

*Aq. dest. 10 cm<sup>3</sup>*

M. D. S. 1  $\times$  täglich das Ganze zu injiciren.

(Wiener klin. Wochenschrift 1894 No. 51.)

— Dass es eine **larvirte D.** giebt, d. h. Fälle, welche ihrem Charakter nach während eines Theiles ihres Verlaufes, ja selbst bis zum Tode verborgen bleiben, beweisen wieder 3 von O. Heubner (Berlin, Kinderklinik der Charité) beobachtete Fälle. Es handelt sich hier meist um secundäre D., d. h. die Infection befällt nicht gesunde, sondern bereits vorher kranke oder kränkliche (Rhachitis, Scrophulose u. s. w.) Kinder, welche gewöhnlich schon länger im Hospital sind und hier an zunächst wenig alarmirenden, katarrhalischen Erscheinungen, sei es der Athmungs-, sei es der Verdauungsorgane, wenig charakteristischem Fieber

und nicht auffallend von dem früheren Zustande sich abhebender Verschlimmerung des Allgemeinbefindens erkranken, bis auf einmal, scheinbar ganz plötzlich eine schwere Kehlkopfstenose die Gefahr zeigt. In dem einen Heubner'schen Falle hatte das Kind schon öfters kleine Fiebersteigerungen mit Exacerbationen der rhachitischen Bronchitis gehabt und bekam plötzlich wieder eine kleine Fiebersteigerung, Schnupfen und Zeichen einer mässigen Katarhalpneumonie; nach einigen Tagen ein wenig Heiserkeit, dann ein ganz leichtes Stenosengeräusch, plötzlich hohes Fieber, hochgradige Larynxstenose, Exitus trotz Intubirung und Seruminjection. Larynx austapezirt mit Membranen. Der 2. Fall, ein 13 Monate altes Kind mit Rhachitis, bekam plötzlich heftige Rhinitis ohne Fieber. Sofort Injection von Heilserum, trotzdem die Rachenorgane nur etwas geröthet und geschwollen sind und an den Tonsillen nur eine ganz leichte graue Verfärbung sichtbar ist. Rascher Rückgang dieser Erscheinungen und der Rhinitis. Im Nasenschleim Diphtheriebacillen. Der 3. Fall, wieder letal endigend, betrifft ein 2 Jahre altes Kind, das an häufigen Verdauungsstörungen angeblich mit Fieber leidet. Wieder bekommt es Fieber, Erbrechen, Appetitverminderung, geringes feines Rasseln über der 3. und 4. Rippe rechts vorn am Thorax. Bald Apathie, Collaps, dünne schleimige Stühle, Exitus. Nichts erinnerte auch nur entfernt an eine Affection der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, nur auf eine schwere Infection deuteten die Allgemeinerscheinungen hin. Bei der Section fand man im Pharynx, auf den Tonsillen, auf der Epiglottis bis auf die Stimmbänder herab flache graue Auflagerungen, ebenso in der Trachea. Die bakteriologische Untersuchung ergab D. Was lehren alle diese Fälle? Ueberall, wo plötzliche Veränderungen im Befinden eines constitutionell kranken Kindes auftreten, die mit Fieber und katarhalischen Erscheinungen verbunden sind, die bakteriologische Untersuchung zu Hilfe zu nehmen! Dass man, wenn man früh genug zur Diagnose gelangt, auch in solchen Fällen vielleicht zu helfen vermag, zu dieser Hoffnung scheint die zweite Beobachtung zu ermuthigen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 50.)

**Febris.** Dr. Arthur Hasenfeld (Budapest, II. medic. Klinik) kritisiert die antipyretische Wirkung des auf die Haut gepinselten Guajakolum purum auf Grund von 5 Fällen (2 Typhus abdom., 2 Phthisis pulmon., 1 Pneumonie), bei denen die Methode zur Anwendung kam (es wurden nie mehr als 0,6 auf einmal und höchstens 1,2 pro die eingepinselt). Es wurden keine Resultate erzielt, welche zur Weiterprüfung ermuntert hätten. Autor fasst seine Erfahrungen folgendermaassen zusammen:

1. Reines Guajakol durchdringt die intacte Haut, ohne dass eine nennenswerthe Läsion derselben hervorgerufen wurde. Zu den Einpinselungen eignet sich am besten die Beugefläche der Unterarme und der Schenkel.
2. Das in genügender Menge auf die Haut fiebernder Kranker gepinselte Guajakol setzt die Temperatur herab.
3. Die Abnahme der febrilen Temperatur ist eine rapide und erreicht ihren höchsten Grad 2 Stunden nach der Einpinselung; auch das abermalige Aufsteigen der Temperatur ist ein rapides, und erreicht das Fieber schon 3—4 Stunden nach der Einpinselung abermals seine frühere Höhe.
4. Die wärmeherabsetzende Wirkung des eingepinselten Mittels äussert sich unter unangenehmen, zuweilen gefährlichen Symptomen. Die rasche Abnahme der Temperatur nämlich wird von profuser Schweissabsonderung begleitet, und geht der rasche Anstieg der Temperatur gewöhnlich unter Schüttelfrost vor sich und werden die Kranken hierbei sehr geschwächt. Endlich kann die percutane Anwendung auch bedrohlichen Collaps herbeiführen.
5. Die antipyretische Wirkung des aufgepinselten Guajakol ist unzuverlässig, wahrscheinlich deshalb, weil die Resorption desselben bei verschiedenen Individuen nicht mit der gleichen Energie vor sich geht; deshalb lässt sich auch die aufzupinselnde Menge nicht genau angeben; während einmal 0,5 kaum das Fieber herabsetzen, führen ein andermal schon 0,9 Collaps herbei; ein andermal hinwieder setzten 1,2 die febrile Temperatur nicht herab.

6. Aus den angeführten Gründen kann das Guajakol als Antipyreticum nicht empfohlen werden.

(Orvosi Hetilap 1894 No. 19/22.  
Pester medic.-chirurg. Presse 1894 No. 40.)

- Auch Dr. F. Brill (städt. Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg) prüfte die **antithermische Wirkung des äusserlich applicirten Guajakol** bei 16 Fällen (4 Pneumonien, 5 Typhus abdom., 4 Phthisis, 1 Bronchitis, 2 Rheumatismus artic.) nach. Kleine Gaben (1 ccm) wirkten nicht, höhere Dosen (bis 3 ccm) setzten zwar die Temperatur herab, veranlassten aber solche unangenehme Nebenerscheinungen (starke Schweisse, Schüttelfröste, Schwäche und Collaps), dass man die weitere Anwendung aufgab.

(Centralblatt für innere Medicin 1894 No. 47.)

- Dr. J. Weiss hat gute Erfahrungen mit einer **Präventivbehandlung des Fiebers** gemacht bei solchen Kranken, die regelmässig Nachmittags Fieber bekommen, bis dahin aber fieberfrei sind. Es gelingt hier durch relativ geringe, Morgens und Mittags verabfolgte Dosen von Antipyreticis, das Ansteigen der Temperatur zu verhüten und so den Patienten ein subjectives Wohlbefinden zu bereiten. Besonders wichtig ist dies z. B. bei Tuberculösen. Die Wahl des Antipyreticums (Phenacetin, Antipyrin, Lactophenin u. s. w.) richtet sich danach, was der Kranke am besten verträgt.

(Wiener medic. Club, 28. November 1894. —  
Wiener medic. Presse 1894, No. 50.)

- Ein **neues Minuten-Maximal-Thermometer**, von der Firma W. Uebe (Zerbst, Anhalt) hergestellt, hat verschiedene Vorzüge: Scala auf einem Aluminiumstreifen angebracht, der an dem oberen Knopfe des Thermometers eingeschmolzen ist; dadurch Verschiebung oder Veränderung der Scala ausgeschlossen. Ferner fehlt jede Metalleinfassung; dadurch grössere Haltbarkeit und Möglichkeit, das Instrument durch Einlegen in antiseptische Flüssigkeiten leicht und sicher zu sterilisiren.

(Therap. Monatshefte 1894 No. 11.)

**Fremdkörper.** Dr. Haug (München) warnt eindringlichst davor, **Fremdkörper im Ohr** mit unzweckmässigen

Extractionsversuchen zu maltraitiren: Der glatte, harte Fremdkörper, der dem Instrumente (Pincette) keinen Anhaltspunkt bietet, muss mit absoluter Sicherheit den sich zusammendrückenden Branchen entgleiten, er muss dadurch nur tiefer, bis in die ominöse, vor dem Trommelfell gelegene Nische geradezu hineingejagt werden. Autor beobachtete jüngst einen Fall, wo eine vor 6 Tagen ins Ohr geschobene Rosenkranzperle auf diese Weise in die Paukenhöhle getrieben worden war und dann schwere Erscheinungen veranlasste, während Autor eine bisher nicht beachtete gleiche Perle im anderen Ohr durch einen einzigen Spritzenstrahl entfernte! Die Spritze ist und bleibt für die Fremdkörper das souveräne, absolut gefahrlose Entfernungsmittel! Uebrigens rath Haug, Bohnen, Linsen, Erbsen und Johannisbrodkerne nicht mit Wasser auszuspritzen, da jene Fremdkörper dabei rasch aufquellen, und wenn ihre Entfernung nicht bald gelingt, dadurch in die Biegungen des Gehörganges hineingepresst werden. Autor bedient sich seit Jahren mit Erfolg des absoluten Alkohols, der specifisch leicht ist, sodass man mit ihm auch einen recht starken Spritzenstrahl erreicht. Event. kann man Alkohol. absol. und Glycerin resp. Aqua aa nehmen! Nachtheile für das Ohr bringt der absolute Alkohol nicht! — Dass Fremdkörper Jahre und Jahrzehnte, ohne zu schaden, im Ohre bleiben können, lernte Haug wieder bei einer 27jährigen Frau kennen, die angab, seit 4 Tagen einen dumpfen Druck zu verspüren und schlechter zu hören. Es fanden sich 2 Glasperlen vor. Patientin hatte sie als 5jähriges Kind sich ins Ohr geschoben. Also 22 Jahre waren die 2 Glasperlen im Ohr! — Auch von einem interessanten Fremdkörper, einer lebenden Zecke (Holzbock) berichtet Haug: 17jähriger Handwerksbursche verspürt seit 4 Tagen heftige Schmerzen im linken Ohr. Meatus beinahe vollständig verlegt durch eine graublaue, kugelige Masse, die sich mit der Sonde bewegen und umgehen liess; der Sondeneindruck auf die Masse glich sich sofort wieder aus. Durch die Berührung lebhafteste Schmerzen, genau localisirt nach einer circumscribten Stelle von oben, etwas vor der Grenze des knorpeligen zum knöchernen Gehörgang. Hier auch Gehörgang intensiv geröthet und geschwollen. Autor sah nun genau nach dem Ursprungspunkte des erbsengrossen graublauen Säck-

chens und entdeckte da, in die Haut fest eingegraben, einen kleinen, braunen, kegelartigen Fortsatz: also offenbar thierischer Parasit! Derselbe musste mit seinem Hakenapparat entfernt, d. h. zum Verlassen seines Wohnsitzes gezwungen werden, da bei einfacher Extraction die zurückbleibenden Rostren eine phlegmonöse Entzündung hervorgerufen hatten. Also Anfüllung des ganzen Meatus mit einer alkoholischen Sublimatlösung:

**Rp.**

*Hydrarg. bichlorat. 0,1*

*Alkohol.*

*Aq. dest. aa 50,0.*

Nach kurzer Zeit konnte das Thier vollständig mit der Pincette extrahirt werden. Es war wirklich ein ganz gemeiner Holzbock (*Ixodes ricinus*). Nachher Einstichstelle in weiter Umgebung lebhaft geröthet; breites Injectionsband längs der oberen Gehörgangswunde bis aufs Trommelfell, das sehr hyperämisch war. Daher noch einige Einträufelungen von Carbolglycerin (10 %). Heilung. Der Patient hatte sich Tags vorher, ehe die Ohrenschmerzen anfangen, einige Zeit zum Schlafen in eine Waldschonung niedergelegt!

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 35.)

- Prof. Dr. Hacker hat mit dem von Leiter 1879 erfundenen **Elektroendoskop bei Fremdkörpern in Oesophagus** sehr schöne therapeutische Resultate erzielt. Man kann auf diese Weise die F. mit einer Fassungszange hervorholen, was von besonderer Wichtigkeit ist, wenn ein Fremdkörper in eine durch einen pathologischen Process nach unten sich verengende Speiseröhre gerathen und dann ein Hinabstossen in den Magen unmöglich ist, was übrigens auch bei erheblicher Grösse der F. der Fall sein kann. So wird die Oesophagotomie umgangen! Die meisten Fremdkörper bleiben am Uebergange des Halstheiles in den Brusttheil der Speiseröhre stecken, seltener in der Höhe der Bifurcation der Trachea.

(Gesellschaft der Aerzte in Wien, 9. November 1894. — Wiener medic. Wochenschrift 1894 No. 47.)

- N. Schewelow berichtet von einem Fall, wo ein **verschluckter Fleischknochen** von 3 cm Länge und  $\frac{1}{2}$  cm Breite den ganzen Darmtractus passirte, ohne diesen zu lädiren, aber im Rectum stecken blieb, die Rectalwand durchriss und einen Abscess in der Afterregion bewirkte.

(Medicina 1894 No. 26. —  
Litteraturbeilage der St. Petersburger medic. Wochenschrift 1894 No. 9.)

- Einen interessanten **Fremdkörper in der Blase** demonstirte Legneu: Ein Seemann, der sich vor 2 Jahren etwa eine 8 cm lange Stopfnadel mit sehr scharfer Spitze in die Harnröhre eingeführt hatte, bekam die Erscheinungen eines Blasensteins. Guyon konnte mittelst der elastischen Knopfsonde deutlich denselben fühlen, nicht aber mit der Metallsonde; erst als er den Griff des letzteren stark senkte, gelang es ihm, in der Höhe der Blase einen dicken Stein zu finden. Bei wiederholten Versuchen blieb der Stein immer am gleichen Punkte des Blasenscheitels fühlbar! Durch den Lithotriptor ferner konnte der Stein nicht freigemacht werden, sodass die Sectio alta nöthig wurde. Die Nadel lag quer in der Blase, hatte sich in die Blasenwand eingebohrt; die Spitze hatte die Wand perforirt und eine enorme Pericystitis mit bedeutender Verdickung der Blasenwandungen verursacht. Um die Nadel herum aber hatte sich ein Stein gebildet wie eine Axe, und da sie so in der Blasenwand stak, wurde der Stein in der Höhe der Blase erhalten. Heilung!

(Annales des malad. des organes génito-urin. 1894 No. 8. —  
Monatshefte für prakt. Dermatologie 1894 Bd. XIX Heft 9.)

- Glossitis.** Hofrath Dr. Wertheimer (München) hat bei Kindern in den früheren Lebensmonaten eine Affection der Zunge beobachtet, die er **Glossitis erythematosa marginalis** nennt. Sie beginnt an der Zungenspitze, die sich lebhaft röthet und deren Papillen stark hervortreten; einzelne mattglänzende Stellen erscheinen vom Epithel entblösst. Nach kurzer Zeit setzt sich die entzündliche Reizung auf die zu beiden Seiten der Zungenspitze gelegenen Randtheile fort, welche, deutlich angeschwollen, das Niveau ihrer Umgebung überragen und durch ihre Röthe sich scharf von derselben abgrenzen. Weiter aber geht der Process nicht, sodass also

nur die Zungenspitze und die ihr zunächst gelegenen Randparthieen (vorwiegend deren untere Fläche), bis zum vorderen Drittel der Zunge afficirt erscheinen; niemals erkranken die hinteren Theile, die Zungenoberfläche und andere Regionen der Mundhöhle. Die Rückbildung beginnt von der Zungenspitze aus, sodass gegen Ende der Erkrankung nur mehr an den beiden vorderen Randtheilen inselförmig hervorragende, geröthete Parthieen zurückbleiben. Dauer des Leidens meist 8—10 Tage. Autor fand die Affection bei Kindern von 7 Wochen bis 4 Monaten, und zwar nur künstlich (mit sterilisirter Milch) ernährten, etwas schwächlichen, sonst aber gesunden, speciell von dyspeptischen Schmerzen freien. Das Saugen macht den Kindern dann Schmerz, sie wollen nicht gern Nahrung nehmen und kommen dann herunter. Hervorgerufen wird das Leiden jedenfalls durch mechanische Reizung beim Saugen, weshalb die Therapie prophylaktisch dahin gehen soll, dass das Mundstück der Saugflasche aus weichem, geschmeidigem Material bestehe (abgenützte, schadhaft gewordene nicht zu benützen!), und dass dessen Oeffnung nicht zu klein ist, damit das Ausziehen der Milch leicht von statten gehe. Daneben natürlich penibelste Sauberkeit! Bei bestehender Affection bestreiche man die Stellen mehrmals täglich mit 4—5% Lösung von Borax in einem Infus. flor. Chamomillae.

(Münchener med. Wochenschrift 1894 No. 47.)

- Einen Fall von *Glossitis secundaria tardiva* beobachtete Jullien. Mancheluetische Affection, die am Ende der Secundärperiode ohne Exanthem auftritt, ist schwer als solche erkennbar. Patient leidet seit einem Jahre an einer hartnäckigen Affection des vorderen Viertels der Zungenoberfläche: rechts frankgrosse, wie glasirt aussehende Stelle, umgeben von einer kleinen Fissur, links kreisförmig angeordnete Schrunden, zu einer gelblich gefärbten Depression von Erbsengrösse hinziehend; heftige Schmerzen. Verschiedentlich bereits falsche Diagnose gestellt. Sonst nichts zu constatiren, als ganz fein narbige und leicht schuppige, kupferfarbige Stellen an der Planta pedis. Calomelinjectionen brachten letztere, sowie die Zungenaffection zum Verschwinden! Vor 6 Jahren war eineluetische Infection erfolgt.

(Bull. med. 1894 No. 15. —  
Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XIX. 1894 No. 11.)



**Intoxicationen.** Dr. Freudenberg (Dresden) beobachtete **unangenehme Nebenwirkungen des Migränin** in 2 Fällen. Bei dem ersten handelte es sich um eine etwas nervöse 30jährige Frau, die leichten Kopfschmerzes wegen Abend  $\frac{1}{2}$  gr des Mittels nahm. Der Kopfschmerz besserte sich, dagegen trat plötzliche Uebelkeit mit Schwindel und Ohnmachtsgefühl ein, sodass die Dame sofort zu Bett gehen musste. Nachdem das anfallsweise sich zeigende Schwächegefühl durch Stimulantia einigermaßen beseitigt war, blieb ein lebhaftes Kältegefühl im ganzen Körper, sowie eine quälende Empfindung von Schwere in den Gliedern. Auch am nächsten Tage war Patientin noch recht leidend: Körperoberfläche feuchtkalt, Lippen bläulich, Augen getrübt, Zunge belegt, Puls verlangsamt, welche Erscheinungen erst im Laufe des Tages einer vollständigen Euphorie Platz machten. Der 2. Fall betraf eine kräftige, gut genährte, ganz gesunde 35jährige Frau, die wegen Kopfschmerzen, die sie in Folge Ueberanstrengung hatte, 1 gr Migränin nahm. Unmittelbar darauf Schwindelanfall, Gefühl, als ob das Herz ihr stillstände. Haut eiskalt, Schleimhäute bläulich verfärbt, Schaum vor dem Munde, Ohrensausen, hochgradige Steigerung der Kopfschmerzen, lebhafter Harndrang und Dysurie; auch noch am folgenden Tage war letzteres Symptom neben Temperaturherabsetzung und Pulsverlangsamung vorhanden. — Autor ist der Ansicht, dass Migränin in den Apotheken nur auf ärztliche Verordnung hin abgegeben werden sollen. Die 2 Fälle mahnen dazu, besonders der letztere, der bei dem plötzlichen Collaps leicht verhängnisvoller geworden wäre, wenn die Dame von Natur nicht so kräftig gewesen wäre.

(Correspondenzblatt der sächs. Aerzte-Vereine 1894 No. 8.)

— Auch Dr. v. Wobern-Wilde (Oldenswort) berichtet von **bedenklichen Folgeerscheinungen nach Migränin**: Einer an häufigen, sehr heftigen, halbseitigen Kopfschmerzen leidenden Patientin wurde Migränin 1,1 verabreicht,  $\frac{1}{2}$  Stunde später plötzlich heftiges Unwohlsein, Zittern am ganzen Körper, profuser Schweiss, Frostgefühl, Gesicht und Lippen lividblau verfärbt, heftiger Brechreiz. Schmerzen in der Magengegend, Puls äusserst klein, 58 in der Minute, hochgradige

Mattigkeit und Gefühl des Vergehens. Erst nach mehreren Stunden Beseitigung dieser bedrohlichen Symptome durch Campherinjection, Wein, starken Kaffee, warmes Vollbad mit kalten Uebergiessungen, die totale Ermattung blieb aber noch bestehen.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1894 No. 100.)

- Eine **eigenthümliche Nebenwirkung des Antipyrins** beobachtete Dr. L. Hirschberg (Berlin). Patient hatte am Abend vorher wegen Kopfschmerzen 1 gr Antipyrin genommen und 2 Stunden später plötzlich ein furchtbares Jucken am Penis und Hodensack bekommen, am nächsten Morgen ausserdem starke Schwellung des Gliedes bemerkt. In der That Penis hochgradig verdickt, ödematös, äusserst lebhafter Juckreiz. Therapie: Bleiwasserumschläge und für die Nacht Einpudern des Gliedes. Am nächsten Tage Verschlimmerung. Rasendes Jucken, Penis und auch Scrotum so stark ödematös, dass sie als unförmliche Masse dalagen. Dieselbe Medication. Tags darauf Nachlassen des Juckens, Verringerung des Oedems, dagegen an mehreren Stellen des Penis und namentlich an der Unterfläche des Scrotums Blasen von nicht unbeträchtlicher Grösse, die bald platzten. In den nächsten 2 Tagen völliger Rückgang der Schwellung und Heilung der nässenden Stellen unter Dermatol. — Patient hat früher wiederholt Antipyrin ohne Störung genommen. Ein Vetter von ihm bekommt jedesmal nach Antipyrin ein lebhaft juckendes Exanthem am ganzen Körper.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1894 No. 100.)

- E. Grawitz (Berlin, II. medicin. Klinik) lässt sich aus über die **Bedeutung des Auftretens von Icterus nach dem Gebrauche von Extract. filic. maris aethereum**. Während in der Klinik schwere J. nicht beobachtet wurden, trat in den letzten Jahren bei der Mehrzahl der mit Filix behandelten Bandwurmkranken Icterus auf, was vielleicht darauf zurückzuführen ist, dass das Mittel in der letzten Zeit meist zusammen mit Ol. Ricin. gegeben wurde, wodurch die Resorption von giftiger Filixsäure begünstigt wird. Dieser Icterus schien nur bei einer kleinen Minderzahl auf katarrhalischen Zuständen zu beruhen, in der Mehrzahl ergab sich nichts auf Darmkatarrh Hindeutendes, und es fragte sich nun,

woher der Icterus kam. Man fand nun in Folge der Abtreibungscur eine erhebliche Abnahme des Trockengehaltes des Blutes, welche auf ein Zugrundegehen von rothen Blutkörperchen zu beziehen war. Die Blutuntersuchung zeigte ferner, dass diese Auflösung der rothen Blutkörperchen offenbar nicht im circulirenden Blute stattfindet, sondern in der Leber, und dass in diesem Organ in Folge dessen eine vermehrte Bildung und Eindickung von Galle entsteht mit einem mehr oder weniger stark ausgeprägten Icterus im Gefolge. Die Annahme liegt sehr nahe, dass das Extract. filic. auf das Lebergewebe einen bestimmten Einfluss ausübt und dass dann hier eine vermehrte Auflösung von rothen Blutkörperchen stattfindet. Diese Annahme wird durch 4 Fälle von Lebercirrhose gestützt, die in der II. medic. Klinik beobachtet wurden und bei denen zweifellos die vorausgegangene Bandwurmcure eine nicht geringe Rolle spielte. 3 Kranke waren Alkoholiker und auch zum Theil (2) früher luetisch inficirt, aber erst nach der Bandwurmcure kam es zu einer acuten Entwicklung des Leberleidens, sodass die Annahme berechtigt ist, dass hier die Resorption der Filixsäure sich als acutere Schädigung zu den schon bestehenden Veränderungen in Folge des Alkoholismus und der Lues hinzusummirt habe. Der 4. Patient war frei von solchen Schädigungen gewesen, hatte aber 3 Bandwurmcuren durchgemacht; hier, wo keine Prädisposition der Leber vorlag, ist wohl die Entwicklung der interstitiellen Leberentzündung direct auf die Bandwurmcure zurückzuführen. „Für die Praxis ergiebt sich aus diesen Beobachtungen die Folgerung, in der Anwendung des Wurmfarnextractes bei solchen Patienten vorsichtig zu sein, deren Anamnese die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit vorausgegangener Schädigungen der Leber zulässt. Ganz besonders dürften nach diesen Erfahrungen Abusus spirituosorum und überstandene Lues zur Vorsicht bei der Anwendung einer derartigen Cure auffordern. Ebenfalls dürfte auch aus unseren Erfahrungen hervorgehen, dass die gemeinschaftliche Anwendung des Filixextractes mit Ricinusöl, wieschon anderwärts hervorgehoben, besser zu unterlassen ist.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 52.)

**Lepra.** N. Fedtschenko berichtet über die **Behandlungsmethoden der Unna'schen Klinik** (Hamburg): Die Therapie muss folgende 3 Punkte berücksichtigen: 1. Verbesserung der Blut- und Lymphcirculation in den befallenen Hautparthieen. 2. Befreiung der Bacillen durch Auflösung oder Zerstörung der sie einschliessenden Zoogloeamasse. 3. Vernichtung der Bacillen. Ad 1 erweisen sich als sehr wirksam heisse Bäder, heisse Umschläge mit daran anschliessender Massage. Die Bäder verbessern nicht nur die Circulationsverhältnisse in den Lepraknoten, sondern sie bewirken zum Theil auch ein Auflösen des fettigen Substrates der Zoogloeamasse, sind also auch ad 2 wirksam. Besonders günstige Wirkung sah Autor vor dem Unna'schen Mikrobrenner. Ad 3 werden reducirende Mittel verwendet, vor allem Pyrogallol, dann Chrysarobin, Resorcin, Ichthyol und Acid. salicyl., percutan und subcutan angewandt. Als Salben (5—10—15 %) eignen sich am besten Resorcin, Ichthyol, Acid. salicyl., während Chrysarobin und Pyrogallol häufig zu stark reizen. Unna ist sehr für Combinationen.

**Rp.**

*Pyrogallol.*

*Ammon. sulfo-ichthyol. aa 5,0*

*Acid. salicyl. 2,0*

*Vaselin. flav. 88,0*

M. f. ung.

**Rp.**

*Chrysarobin.*

*Ammon. sulfo-ichthyol. aa 5,0*

*Acid. salicyl. 2,0*

*Vaselin. flav. 88,0*

M. f. ung.

**Rp.**

*Resorcin pur.*

*Ammon. sulfo-ichthyol. aa 5,0*

*Acid. salicyl. 2,0*

*Vaselin flav. 88,0*

M. f. ung.

Auch die Unna'schen Pflastermulle (Kreosot-Salicyl-Pflastermull, 5—10 % Emplastr. Chrysarobin, 5—10 % Emplastr. Pyrogallol.) erwiesen sich als sehr wirksam. Bleiben nach dem Verschwinden der Lepraknoten Hautinfiltrate zurück, so verordnet man Jod und bedeckt nach dem Bepinseln die Stellen mit Guttaperchapapier:

**Rp.**

*Tct. Jod. 40,0*

*Ol. Caryophyll. 10,0*

M. D. S. Zum Pinseln.

Zu subcutanen Injectionen sind folgende Formeln rationell:

**Rp.**

*Resorcin. pur. 0,5—1,0*  
*Ol. Olivar. 20,0*

**Rp.**

*Acid. carbolic. conc. 1,0*  
*Spirit. sapon. kalin. 2,0*  
*Aq. dest. 100,0*

**Rp.**

*Ichthyol. 1,0*  
*Spir. sapon. kalin. 2,0*  
*Aq. dest. 100,0*

Davon wird  $\frac{1}{2}$ —1 Pravaz'sche Spritze in den Knoten injicirt. Auch die interne Darreichung von Ichthyol ist empfehlenswerth; zunächst 0,5 pro die, allmähig steigend bis 4,0—6,0.

(Medicina 1894 No. 27. —

Litteraturbeilage der St. Petersburger medic. Wochenschrift 1894 No. 9.)

**Rheumatismen.** In der II. medic. Klinik in Wien (Prof. Neusser) wurden, wie Dr. G. v. Roth mittheilt, 28 Fälle von **acutem Gelenkrheumatismus** mit **Lactophenin** (5 gr pro die in Dosen von 0,5—0,6 auf der Höhe der Krankheit, bei Nachlass weniger, etwa 3 gr pro die) behandelt, und zwar mit bestem Erfolg. Es zeigte sich, dass bei Anwendung dieses Medicamentes

1. die Schmerzen, locale Röthung und Schwellung innerhalb weniger Tage, meist schon nach 24—48 Stunden verschwinden, die Heilung sehr rasch eintritt;
2. die Temperatur dauernd herabgesetzt wird;
3. trotz der grossen Gaben keinerlei üble Nebenwirkung eintritt.

Auch bei einzelnen Fällen von **Chorea** bewährte sich Lactophenin vorzüglich, ebenso milderten sich bei **Tabes** die heftigsten Neuralgieen nach einigen Dosen des Medicaments.

(Wiener klin. Wochenschrift 1894 No. 37.)

— Dr. Brill (städt. Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg) erzielte ausgesprochene schmerzstillende Wirkung bei R. mit dem **äusserlich applicirten Guajakol**. Nach gründlicher Reinigung wurde die schmerzhafteste Stelle mit 0,75—1,5 Guajakol vermittelt eines Haarpinsels möglichst schnell (um ein zu starkes Verdunsten zu vermeiden!) eingepinselt, mit der Hand nachgerieben, dann mit einem ausreichend

grossen Stück Guttapercha bedeckt und mit einer Binde befestigt. Dieser Verband blieb mehrere Stunden, resp. die Nacht über liegen. Wirkung meist schon nach 1 Stunde. Manchmal Schmerzen dauernd beseitigt, manchmal am nächsten Tage wieder da. Keine unangenehmen Nebenwirkungen!

(Centralblatt für innere Medicin 1894 No. 47.)

- Dr. A. Hasenfeld (Budapest, II. medic. Klinik) berichtet über die **Erfolge der percutan angewandten Salicylsäure**. Dass letztere bei percutaner Application resorbiert wird, wurde experimentell nachgewiesen, indem der nach den Einreibungen gelassene Urin mit einem Tropfen Liq. ferri sesquichlorat. versetzt wurde; nach  $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  Stunde nahm er dann eine bläulich-schwarze Farbe an. Die quantitative Prüfung ergab ferner, dass über 50 % der eingegebenen Salicylsäure resorbiert wird. Therapeutisch benutzte man nun eine 20 % Salicylsalbe:

Rp.

*Acid. salicyl.*

*Spir. vin. aa 10,0*

*Axung. porc. 20,0*

*Lanolin. 30,0*

M. f. ung.

Man rieb damit irgend eine Extremität, die Brust, Bauch, Rücken ein, und zwar so lange, bis etwa 8—10 gr Salicyl verbraucht waren (resorbiert also 5—6 gr), bedeckte die eingegebenen Stellen mit Guttaperchapapier und machte Bindenverband. Zunächst wurden gewöhnlich die schmerzhaften Stellen eingegeben, dann erst andere Körpertheile (nie aber dieselbe Parthie mehrere Male!). Innerhalb 24 Stunden nur eine Einreibung! Proportional der Heilung allmählig kleinere Mengen Salicyl zu verbrauchen! So wurde die Salicylsäure bei 15 Kranken 121 Mal applicirt, meist bei **acutem Gelenkrheumatismus**, wo meist in einigen Tagen Heilung oder Besserung erzielt wurde. Bei **chronischem R.** ist die Wirkung keine so rasche und sichere, dagegen bewährte sich die Methode bei **Muskelrheumatismus**.

(Orvosi Hetilap 1894 No. 31/32. —  
Pester med. chirurg. Presse 1894 No. 47.)

- Geheimrath v. Ziemssen (München) hat die **neueren Applicationsweisen des Salicyls** auch versucht. Was zunächst die Application der Salicylnatronlösung in Klystierform anbetrifft, so ist die Resorption des Präparates vom Rectum aus eine nahezu ebenso prompte und vollwichtige, als vom Magen aus. Autor injicirt pro dosi 2—3 gr in 15—20 gr. Aq. calida gelöst und wiederholt das Klysma nach Bedarf. Die Nebenwirkungen des Salicyls (Ohrensausen, Schweiss u. s. w.) erschienen auch hier, nicht aber der widerliche Geschmack und die Uebelkeiten (Autor empfiehlt diese Darreichungsweise auch bei anderen widerlich schmeckenden Mitteln, z. B. der Scillapräparate, warm). Auch die percutane Application der Salicylsäure in Salbenform hat sich dem Autor bewährt; die Aufnahme seitens der Haut ist zweifellos da, denn schon  $\frac{1}{2}$  Stunde später ist Salicyl im Harn nachweisbar. Befördert wird die Resorption durch Zusatz von Terpentinöl, wesshalb Autor verordnet:

Rp.

*Acid. salicyl.* —

*Ol. Terebinth.* aa 10,0

*Lanolin.* 30,0

*Ung. Paraffin.* 50,0

M. f. ung.

S. Äusserlich!

(IV. oberbayer. Aerztetag in München. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 50.)

- A. Kissel hat 6 Fälle von **Rheumatismus nodosus infantum**, einer seltenen Form des chronischen Rheumatismus bei Kindern beobachtet, die dadurch charakterisirt ist, dass in der Umgebung der grösseren und kleineren Gelenke Knötchen von verschiedener Grösse und Gestalt auftreten, sodass sie sich dann in den die Gelenke umgebenden Weichtheilen, an den Sehnen und dem Periost vorfinden. Gewöhnlich ist acuter Gelenkrheumatismus vorausgegangen. Die Knötchen sitzen häufig symmetrisch in der Umgebung der Gelenke beider Körperhälften, sind auf Druck schmerzhaft und verschwinden gewöhnlich binnen kurzer oder längerer Zeit. Man verwechsle hiermit nicht die gewöhnliche Form des chronischen Gelenkrheumatismus, ferner nicht die bei Kindern äusserst seltene Arthritis deformans! Besonders charakteristisch

hier beim Rheumatismus nodosus, dass die Knötchen rasch verschwinden können! In schweren Fällen, die bereits im frühen Kindesalter ( $2\frac{1}{2}$  Jahre) auftreten können, gesellen sich schwere Ernährungsstörungen hinzu und die Kinder gehen an Mitbetheiligung des Herzens zu Grunde. Autor hat ferner Fälle beobachtet, wo kleine Knötchen gefunden wurden, ohne dass irgend welche Symptome (Schmerzen, Bewegungsstörungen) an den Gelenken zu constatiren waren; häufig sind die Knötchen dann so klein, dass sie nur bei stark flectirten Gelenken gefühlt werden können — „Noduli rheumatici“, die bisweilen für die Diagnose eines anderen Leidens (Herzgeräusche, Chorea) recht wichtig werden können.

(Medicinskoje Obozrenje 1894 No. 17. —  
Litteratur-Beilage der St. Petersburger medic. Wochenschrift 1894 No. 11/12.)

**Sycosis.** Jarisch (Graz) empfiehlt als sehr wirksam gegen **Sycosis parasitaria** warme Umschläge mit Leinsamen; man erzielt in 3 Wochen regelmässig Heilung. Auch kokogene S. wird durch warme Umschläge sehr gebessert. Ganz besonders günstig wirkt dann eine von Brooke angegebene Salbe, die sich namentlich in einem Fall von S. der Vibrissae gut bewährte:

Rp.

*Hydrarg. oleïnic.* (5 %) 20,0

*Zink. oxyd.*

*Amyl. aa* 7,0

*Vaselin.* 14,0

*Ichthyol* 1,0

*Acid. salicyl.* 1,2

M. f. ung.

(66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. —  
Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XIX Heft 9 1894.)

**Tuberculose.** Dr. Hillebrecht (Rodenberg) hat bei allen Formen von T. und Scrophulose seit einigen Jahren intern **Solveol** angewandt und beachtenswerthe Erfolge erzielt. Er ging von der Betrachtung aus, dass das wirksame Agens im Kreosot, das Kresol im Kreosotin zu geringen Quantitäten enthalten sei, als dass das Blut vollkommen entgiftet werden könnte; event. müsste man colossale Dosen (100 Sommerbrodt'sche Kreosotkapseln pro die) nehmen lassen, die aber nicht



vertragen werden. Da nun 1 gr Solveol dem Kresolgehalt nach 2,5 Kreosot entspricht, so ist in 2 Kapseln à 0,5 Solveol ebensoviel Kresol enthalten, wie in 25 Sommerbrodt'schen Kreosotkapseln; man hat also mit 8 Kapseln à 0,5 Solveol pro die dasselbe erreicht wie mit 100 Kreosotkapseln. Die ersteren aber lassen sich viel leichter nehmen und sind viel billiger. Anfangs gab Autor das Mittel, und giebt es noch heut Kindern, in Tropfenform. Die Tropfen werden von Säuglingen gut vertragen. Autor giebt sie, mit wenigen Tropfen anfangend, in schwarzem, kaltem Kaffee, kalter Milch, Wein u. s. w. nach dem Essen; er steigert ungefähr bis zur doppelten Anzahl der Jahre, die das Kind zählt. Als Desodorans am besten Ol. Menth. pip. Also verordnet man:

**Rp.**

*Solveol. 40,0*

*Ol. Menth. pip. gtt. VI.*

D. S. 4 × tägl. 1—12 Tropfen zu nehmen.

Die genauere Dosis ist bei Kindern bis zu

1 Jahr	4 ×	tägl.	1—4	Tropfen
2 Jahren	4 ×	„	1—5	„
3 „	4 ×	„	1—7	„
4—5 „	4 ×	„	1—10	„
6 „	4 ×	„	1—12	„

Nach dem Einnehmen den Mund sofort ausspülen, weil Solveol sonst die Zähne ätzt. Deshalb lässt Autor Erwachsene das Mittel jetzt in Kapselform\*) nehmen, und zwar muss man allmählig hier auf 3—4 gr pro die zu kommen suchen, von kleinen Dosen beginnend (es werden auch 7—8 gr pro die gut vertragen!). Die Erfolge waren so gut, dass Autor bei initialer Scrophulose damit eine Besserung garantiren, bei initialer T. sicher versprechen will. Auch bei **Lupus** war das Resultat ein gutes, und auch bei Eiterungen, z. B. **Mastitis suppurativa**, **Ulcus cruris** unterstützte eine forcirte Solveolcur ausgezeichnet die Behandlung.

(Aerztl. Rundschau 1894 No. 29, 30, 44.)

\*) **Capsulae gelatinosae cum Solveolo** dargestellt von Fabrik Boltzmann & Dr. Poppe, Limmer vor Hannover. Preis von 100 Kapseln c. Solveol. 0,3 = M. 2, c. Solveol. 0,5 = M. 2,50.

- Auch Dr. Hasse (Alberschweiler) hebt die **Vorzüge des Solveols** gegenüber der bisher üblich gewesenen Kreosotbehandlung hervor. Zu denselben gehört auch noch die leichte Löslichkeit des Solveols in Wasser, die gewiss auch zu der prompten und raschen Wirkung beiträgt. Autor hat in seiner Landpraxis seit 8 Monaten bei chirurgischen Fällen ausschliesslich Solveol in Gebrauch, das er besonders als Solveol-Priessnitz'sche Umschläge bei allen Verletzungen und Operationswunden anwendet. Autor empfiehlt besonders den Landärzten, Solveol immer bei sich zu führen, zumal es auch bei allen gynäkologischen Fällen die besten Dienste leistet. Autor machte eine interessante Beobachtung mit diesen Umschlägen (37 ccm Solveol in 2 Liter Wasser) bei einem an Phlegmone des Unterschenkels (in Folge Verletzung) leidenden 18jährigen jungen Manne, der am Bein auch einen etwa Markstückgrossen **Lupus** hatte; letzterer besserte sich bei der Solveolbehandlung zusehends und verschwand. Diese local-antituberculöse Wirkung wäre gewiss bei gleichzeitig interner Medication von Solveol noch erhöht worden. Intern wandte Autor das Mittel statt des Salols bei mehreren Fällen von **Gonorrhoe** an wobei auffallend rasche Heilung erreicht wurde.

(Aerzt. Rundschau 1894 No. 45.)

- Dr. Georg Greif (Serkowitz) empfiehlt die Behandlung der T. mit **Kreosotcarbonat**, das bekanntlich trotz seines Gehaltes von über 90 % Kreosot frei von Aetzwirkung ist, keinen intensiven Geruch und Geschmack hat, vom empfindlichsten Patienten ohne Widerwillen genommen und gut vertragen wird, den Appetit nicht verdirbt, sondern eher anregt und sich durch seine Ungiftigkeit auszeichnet. Autor gab Tagesgaben bis 30—40 gr. Niemals wurde Uebelkeit oder Erbrechen erregt. Solche Patienten, die Kreosot überhaupt nicht vertragen in Folge Intoleranz von Seiten des Digestionstractus, beginnen am besten mit geringen Dosen: 3 × täglich 5 Tropfen mit Eigelb als Emulsion oder in einem Gläschen Rothwein resp. Tokayer (letztere Darreichungsart besonders angenehm) und dann alle 2 Tage 5 Tropfen mehr. Patienten, die Kreosot überhaupt noch nicht genommen haben, können sicher mit 2 × täglich 1 Theelöffel einer Mischung von 20 Kreosotcarbonat auf 200 Vinum

Tokayense beginnen und die Gabe jeden 4.—5. Tag um 1 Theelöffel steigern. Wer schon an Kreosot gewöhnt ist, beginne mit  $\frac{1}{2}$ —1 Theelöffel reinen Kreosotcarbonats. Bei allen wird event. die Tagesgabe bis 30 gr gesteigert. Auch die Mischung mit Leberthran sei erwähnt; verordnet man 15 gr Kreosotcarbonat auf 160 gr Leberthran, so enthält jeder Esslöffel 1 gr des Mittels.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 52.)

— Prof. J. Crocq (Brüssel) empfiehlt **Argent. nitric. als exquisites Heilmittel bei Lungentuberculose**; es macht den Husten weniger stark, es verringert die Expectoration und die Nachtschweisse, sowie die Schmerzen, es regt mächtig den Appetit und die Verdauung an, was das Wichtigste bei der Behandlung der Phthisis ist, und führt Besserung, ja sogar meist Heilung des Lungenprocesses herbei. Autor hält das Argent. nitric. nach einer 35jährigen Erfahrung für das „am besten und sichersten wirkende Mittel“, das, bei frischen Erkrankungen angewendet, in der grossen Ueberzahl der Fälle zur sicheren und vollständigen Heilung führt, aber auch noch in vorgeschrittenen Fällen manchmal Heilung, sicher aber eminente Besserung bewirkt. Bei genügend langer Behandlung heilt es 75% aller Patienten! Febrile Zustände sind keine Contraindication gegen Anwendung des Mittels, sie werden aber durch dasselbe ebenso wenig beeinflusst, wie Haemoptysen, gegen die Ergotin souverän ist, Manche Kranke vertragen aber das Argent. nitric. nicht, sie verlieren den Appetit, brechen, bekommen Magenschmerzen, sogar Diarrhöen (trotzdem es eines der besten Mittel bei Enteritis, namentlich der Kinder ist!). Autor verordnet es in Pillen zu 0,003—0,01 3—4×, selten 5 × täglich oder zu 0,002—0,005 2 stündlich mit Mica panis oder Extract. gram. als Constituens; bei Kindern in wässriger Lösung mit Syr. simpl. Oft combinirt es Autor mit anderen Mitteln:

Rp.

*Morph. acetic.* 0,1  
*Argent. nitric.* 0,01 (—0,02)  
*Mic. panis q. s. ut f. pill.*  
No. XX.

Rp.

*Morph. acet.*  
*Argent. nitric.*  $\overline{aa}$  0,1 (—0,15)  
*Mic. pan. q. s. ut f. pill.*  
No. XXX.  
S. 2 stündlich 1 Pille.

*Morph. acet. 0,1*  
*Argent. nitric. 0,15*  
*Bismuth. subnitr. 6,0*  
*Extr. gram. q. s. ut f. pill. No. XXX.*

Oft giebt es Autor mit Opiumpräparaten, die ebenfalls Husten, Schmerzen und Druckgefühl vermindern und Schlaf bewirken und daher sehr günstigen Einfluss haben, ferner mit Extr. Bellad., Extr. Hyoscyam., Extr. Aconit. oder mit Plumb. acet.

**Rp.**

*Morph. acet. 0,1*  
*Argent. nitric. 0,15*  
*Plumb. acet. 2,0*  
*Extr. Gram. q. s. ut f. pill. No. XXX.*  
 S. 2 stündl. 1 Pille.

Auch mit Amaris combinirt wird es verabreicht, um die Wirkung auf den Magen zu erhöhen, ebenso mit Strychnin, um zugleich den neuro-musculären Apparat zu beeinflussen:

**Rp.**

*Argent. nitric. 0,3*  
*Strychnin. sulf. 0,01*  
*Mic. pan. q. s. ut f. pill.*  
*No. XXX.*

**Rp.**

*Argent. nitric. 0,3*  
*Morph. acet. 0,15*  
*Extr. nuc. vom. 0,6*  
*F. pill. No. XXX.*

Bei Haemoptoën combinirt man es mit Ergotin und giebt es so lange Zeit, um die Wiederkehr der Blutungen zu verhüten. Man kann beide Mittel besonders verabreichen oder:

**Rp.**

*Morph. acet. 0,1*  
*Argent. nitric. 0,15*  
*Ergotin. 3,0*  
*F. pill. No. XXX.*

S. 2 stündl. 1 Pille.  
 (Internat. klin. Rundschau 1894 No. 50/51.)

**Tumoren.** Dr. Paul Samter (Königsberg i. P.) beobachtete Heilung eines Falles von Riesenzellensarkom durch

**Arsenik:** 23 Jahre altes Mädchen von gesundem Aussehen, frei von allen Erscheinungen von Lues oder Tuberculose, aber mit einer Geschwulst des linken Unterschenkels behaftet. 2 Jahre früher in der Berliner Charité ein vom linken Tibiakopf ausgehender Tumor constatirt und durch Auskratzung entfernt; 9 Monate nach der Operation verliess Patientin die Charité. 2 Monate danach wieder Schmerzen und Anschwellung am linken Unterschenkel, in der Nähe des Kniegelenkes. Wucherung der Geschwulst in der Operationswunde sichtbar, in der Grösse eines kleinen Apfels die Haut überragend. Auskratzung durch einen Arzt. Aber wieder Recidiv innerhalb zweier Monate. Patientin jetzt nach Königsberg zur event. Amputation überwiesen. Bedeutende Schwellung des linken Kniegelenkes, active und passive Bewegungen unmöglich; an der Vorderseite kleinapfelgrosser Tumor, der von innen emporgewuchert war. Linke Leistendrüsens als derbe Knoten von Kleinkartoffelgrösse fühlbar, Achseldrüsen kirschgross. Sehr heftige Schmerzen im linken Bein. Amputation wurde von einer chirurg. Anstalt verweigert wegen zu grossen Vorgeschriftenseins der Affection. Auskratzung der emporgewucherten Geschwulstmassen, aber nur oberflächlich, behufs Mikroskopie. Diagnose: Riesenzellensarkom. Autor leitete nur eine Arsenikcur ein: asiatische Pillen, steigend bis zu 10 Pillen pro die, monatelang fortzusetzen. Ausserdem Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze, Tampon 2 Mal wöchentlich zu erneuern. 9 Monate darauf: Die geschwollenen Drüsen bis auf erbsengrosse Tumoren in der Leiste verschwunden. In der Gegend des linken Tibiakopfes eine Höhle, angefüllt mit wenig zerfallenen Gewebsmassen. Entfernung derselben, wobei es sich herausstellte, dass sich die Wundhöhle um die Hälfte verkleinert hatte. Keine Schmerzen mehr, alle Bewegungen ohne Schmerzen ausführbar. Jetzt, nach 2 Jahren, nach Verbrauch von 2600 Arsenikpillen: keine Drüsenschwellungen, Kniegelenk vollkommen normal bis auf eine kleine granulirende Knochenhöhle im Tibiakopf. Beweglichkeit im Knie durchaus normal. Mikroskopische Untersuchung der Granulationen in der Knochenhöhle ergiebt das Fehlen jeglichen Tumorgewebes.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1894 No. 37.)

- K. Menge (Leipzig, Universitäts-Frauenklinik) beobachtete einen recht typischen Fall von **Deciduasarcoma uteri**: 35jährige Frau leidet einige Zeit nach einer Blasenmolen-Geburt an heftigen, unstillbaren Metrorrhagien. Digitale Untersuchung des durch Laminaria zugänglich gemachten Uterus ergibt beträchtliche Vergrößerung des letzteren, in dessen Inneren ein weicher Tumor sich befindet. Ausräumung des Tumors. Es bleibt eine kraterförmige Vertiefung in der Uteruswand zurück. Trotz vorübergehenden Stillstandes der Blutungen erholt sich Patientin nicht. Totalexstirpation. Dabei wird ein secundärer Knoten in der Scheide gefunden, der 8 Tage vorher noch fehlte. Nach der Operation Besserung des Zustandes, nach einigen Monaten aber Residiv in der Scheide. Tod unter zunehmender Kachexie 13 Monate nach der Geburt. Section: zahlreiche Metastasen in inneren Organen, Knochenmark u. s. w. Die mikroskopischen Untersuchungen zeigten, dass eine Sarkombildung vorlag mit der Decidua als Matrix; unter dem Einfluss der Deciduasarkomzellen schien überall eine directe Umbildung von Muskelementen in ächte Neubildungszellen stattgefunden zu haben. — Eine besonders häufige ätiologische Beziehung von Traubenmole zu Deciduasarkom scheint nicht vorzuliegen; nur in 3 von 98 Fällen von Mola hydatidosa schloss sich an letztere ein Sarcoma deciduocellulare an. Dagegen fand sich in der Hälfte der Fälle von Deciduasarkom ein Zusammenhang mit Myxoma chorii, sodass die Annahme berechtigt ist, die myxomatöse Erkrankung des Chorion habe öfter ihren Grund in einer sarkomatösen Veränderung der Decidua. — Therapie des Deciduasarkoms: nur Totalexstirpation. Prognose trotz der Operation wegen der Schwierigkeiten der Diagnose im Beginn der Erkrankung und des raschen Umsichgreifens der Affection sehr ungünstig.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkol. 1894. 30. Band. Heft 2.)

- Leopold hat **maligne Ovarialtumoren bei Kindern** 5 Mal beobachtet: bei Kindern von 8, 9, 11, 13 Jahren und einem infantilen Mädchen von 18 Jahren. Die Tumoren gehören meist zu den halbsoliden und sind Endotheliome, sie verwachsen sehr bald mit den Nachbarorganen, schon nach 1—2 Monaten. Die Diagnose ist dadurch erleichtert,

dass erfahrungsgemäss bei Kindern fast nur diese malignen T. vorkommen, ferner durch das enorme Wachstum und die rasch zunehmende Kachexie. Schnellwachsende Geschwülste bei Kindern, namentlich wenn Kachexie, Darm- und Nierenstörungen auftreten, sind als maligne anzusehen. Die Prognose ist davon abhängig, wie frühzeitig operirt wird. Die Stiele sind glücklicherweise meist günstig geformt, freilich sind die Verwachsungen als die Prognose trübend zu beachten. Aber man soll immer operiren, selbst auf die Möglichkeit hin, ein einfaches Kystom zu finden, zumal Kinder selbst schwere Laparotomien gut überstehen. Selbst vorgeschrittene Fälle operire man, auf Grund der Erfahrung, dass bei mehreren Fällen das Leben noch längere Zeit erhalten werden konnte. Letzteres bestätigt Bóde. Derselbe operirte vor 5 Jahren ein 13jähriges Mädchen mit einem fast die ganze Bauchhöhle ausfüllenden, unter dem Peritoneum hin in die Scheide der Bauchmuskeln gewachsenen Rundzellensarkom, das vom rechten Ovarium ausging. Das Kind erholte sich rasch und wurde ein blühendes Mädchen.

(Gynäkol. Gesellschaft in Dresden, 12. Juli 1894. —  
Centralblatt für Gynäkologie 1894 No. 46.)

**Ulcus ventriculi.** Dr. H. Schlesinger hat durch **Ausschaltung der Ernährung durch den Magen und ausschliessliche Rectalernährung** einen 28jährigen an U. leidenden Mann geheilt, der seit 18 Monaten Magenbeschwerden (Blutbrechen, blutige Stühle, sehr heftige Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme) hatte. Monatelang fortgesetzte rationelle Milchdiät blieb wirkungslos. Da ging Autor zu einer nahezu ausschliesslichen Rectalernährung über, welche mit ganz kurzen, längstens einen Tag währenden, durch Reizung der Rectalschleimhaut bedingten Unterbrechungen nahezu durch einen Monat fortgesetzt wurde. Schon in den ersten Tagen sistirte das Erbrechen, die spontanen Schmerzen in der Magengegend liessen nach, die Druckempfindlichkeit daselbst schwand immer mehr und schwand schliesslich vollkommen. Es wurden täglich nach Vorausschickung eines Reinigungsklysters 3 Ernährungsklystiere nach Boas gegeben (in 200 gr Milch 2 Eier eingequirlt, 1 Löffel Wein, 1 Kaffeelöffel Reismehl und ein wenig Kochsalz

hinzugefügt; bei Empfindlichkeit des Kranken noch mehrere Tropfen Opiumtinctur dazu); nach jedem musste Patient ruhig in Rückenlage verharren. Andere Klysmata, z. B. Pepton- und Fleischpankreasklystiere sind zwar auch vorzüglich, rufen aber nach längerer Anwendung oft starke Reizungserscheinungen von seiten des Darmes hervor. — Autor hat auch noch andere Fälle von U. durch ausschliessliche Rectalernährung (wurde sie schlecht vertragen, jeden 3.—4. Tag 24 Stunden damit pausiren!) sehr günstig beeinflusst, ebenso Fälle von **Dilatatio ventriculi**, einen Fall von **Hyperemesis bei Polyneuritis** mit Betheiligung des Vagus, Fälle von **Verätzung des Oesophagi** und **Carcinoma oesophagi**. Die Wirkung war stets frappant, das Hungergefühl war durch Verabreichung von etwas Opiumtinctur oder Cocain 0,02—0,03 per os beseitigt! Der Uebergang zur normalen Ernährung findet allmählig statt!

(Wiener medic. Club. 1894, 14. November. —  
Wiener medic. Presse 1894 No. 48.)

- Zur **Aetiologie des Magengeschwürs** führt Dr. du Mesnil de Rochemont (Altona, städt. Krankenhaus) eine Beobachtung an, welche zeigt, dass die normale oder gesteigerte Verdauungsfähigkeit des Magensaftes für die Entstehung des U. keine entscheidende Rolle spielt, also auch für die Diagnose des U. nicht in der Weise verwerthet werden kann, dass bei einem Fehlen oder bei Verminderung der HCl im Magensaft ein U. auszuschliessen ist. Es handelt sich um eine 38jährige Frau, bei der man gleichzeitig ein grosses ulcerirtes und perforirtes Carcinom (Scirrhus) und ein kleines typisches U. im Magen vorhanden waren, und zwar räumlich so weit von einander getrennt, dass eine directe Berührung des Carcinoms mit dem U. ausgeschlossen war, welch' letzteres auch absolut nichts krebsartiges an sich hatte, wie auch die mikroskopische Untersuchung ergab. Aus den Grössenverhältnissen und den klinischen Erscheinungen geht ferner evident hervor, dass zuerst das Carcinom da gewesen ist und erst später das U. sich entwickelt hat, also zu einer Zeit, wo die Verdauungsfähigkeit des Magensaftes nicht normal oder vermehrt, sondern sicher seit langem herabgesetzt war. Superacidität und vermehrte Verdauungsfähigkeit des Magensaftes



ist also nicht so wesentlich für das Zustandekommen eines U., wie man stets annimmt. Was war hier aber die Ursache? Eine Circulationstörung! Man sieht unter dem Mikroskope einen in Organisation begriffenen Thrombus an dem Scheitel des trichterförmigen Geschwüres in einem ziemlich grossen Gefässe; wahrscheinlich werden die peripheren Theile des Thrombus ebenso wie das Gewebe der nicht mehr ernährten Wand durch einfache Nekrobiose zerfallen und abgestossen sein und die Thrombose ebenso wie die Organisation derselben allmählig entsprechend dem weiteren Zerfall und der Vergrösserung des Geschwüres centralwärts fortschreiten. Ob die Thrombose im Zusammenhange mit dem Wachsthum des Carcinoms steht, ergiebt die Untersuchung nicht, es waren aber noch andere Quellen einer event. Embolie zu eruiren: ziemlich beträchtliches Atherom der Aorta und Herzschwäche, bedingt durch fettige Degeneration des Herzmuskels.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 50.)

- Dr. J. Luxenburg und Dr. J. Zawadzki (Warschau, Therap. Klinik) beobachteten **ein U. auf Grund syphilitischer Gefässerkrankung**. Der Fall zeigte die gewöhnlichen Symptome des U., doch fiel es auf, dass der Kranke sehr rasch abmagerte, kachektisches Aussehen bekam und starb. Man fand bedeutende Gefässentartung im Magen und Mesenterium, und zwar Gefässwandverdickung, bis zur vollständigen Lumenobliteration gehend. So bedeutende Gefässentartung tritt bei keinem anderen Leiden auf, auch sprach manches Andere für Lues. — Engel sieht 10% aller Fälle von U. für syphilitisch an, Lang sogar 20%. Von vielen Seiten wird berichtet, dass in der II. Periode der Lues Magensymptome durch eine specifische Cur beseitigt, Magenblutungen sistirt wurden. Für die Prognose und Therapie des U. ist also die Kenntniss dieser Thatsachen sehr wichtig!

(Wiener medic. Presse 1894 Nr. 50/51.)

- L. Pick (Königsberg i. Pr., pathol. Institut) berichtet von einer **Zwerchfelldurchbohrung durch ein U.** 42jährige Frau, schon 6 Jahre an Uebelsein, Erbrechen und Magenschmerzen leidend, zeigt bei der Aufnahme neben starker Abmagerung eine in die Tiefe sich fortsetzende Ge-

schwulst der Gegend der Knorpel der falschen Rippen links. Diagnose daher auf „Rippensarkom mit Uebergang auf die Magenwand“ lautend. Bei der Section fand man ein grosses, von der hinteren Wand über die kleine Curvatur auf die vordere Wand sich erstreckendes U. mit kraterförmigem Grund, in dessen Bereich das Zwerchfell durchbrochen war und in welchen die Stümpfe der 8. und 9. Rippe hineinragten, während die Umgebung von sehr hypertrophischem, nirgends Geschwulstelemente beherbergenden Narbengewebe (dieses hatte bewirkt, dass intra vitam von der Zwerchfelldurchbohrung nichts zu bemerken war) gebildet wurde. — Zwerchfelldurchbohrungen durch ein U. sehr selten (Verschieblichkeit des Magens!), der Pick'sche ist der 28. Fall. Häufiger Durchbruch nach den Lungen und Pleuren, seltener nach dem Pericard oder in die Herzhöhle.

(Zeitschrift für klin. Medicin, Bd. 26. Heft 5/6.)

**Vulvitis.** Prof. Lutaud hält die **Vulvitis kleiner Mädchen** meist für scrophulös. Das Leiden pflegt rasch einer zweckmässigen Behandlung zu weichen. Letztere soll folgendermaassen gestaltet sein: Im ersten Stadium, wenn die betreffenden Theile geröthet und geschwollen sind, verordne man Sitzbäder von Stärkemehl und Compressen mit 4% Borsäurelösung, event. auch mit Sublimat (1:10000) oder Carbolsäure (1%). Ist das Entzündungsstadium vorüber, so blase man nach Abwaschung mit Borsäurelösung und gründlicher Abtrocknung mit Watte zwischen die Schamlippen ein:

Rp.

*Jodoform 4,0*

*Acid. tannic. 1,0*

*Bismuth. subnitr. 6,0*

M. f. p.

Einen mit demselben Pulver bepuderten kleinen Wattebausch lege man zwischen die Schamlippen und decke dieselben mit einem grösseren Wattebausch zu, welcher von einer kleinen T-Binde festgehalten wird. Das alles wiederhole man nach jedem Wasserlassen. Wenn sich die Entzündung auf die Scheide zu erstrecken scheint, was oft bei Mädchen von 4—5 Jahren der Fall ist, so spritze man mittelst kleiner Gummibirne etwa 30 gr folgender Lösung in die Scheide ein:

**Rp.***Alumin.**Cocain. mur. aa 1,0**Glycerin. pur. 100,0*

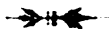
M. D. S. Aeusserlich!

Nach jedem Wasserlassen wiederhole man dies, dann wasche man mit Borsäure die Vulva ab, trockne sorgfältig, pulvere obiges Pulver ein u. s. w. Statt der Einspritzung kann man Suppositorien anwenden:

**Rp.***Jodoform 8,0**Gumm. Trag.**Butyr. Cac. aa 10,0**M. f. bacill. No. XV. diam. 5 mm.*

Daneben stets Allgemeinbehandlung: tonisirende Mittel, Land- oder Seeaufenthalt oder Schwefelthermen, Leberthran, Ferr. jodat. und phosphorsaure Salze.

(Revue obstet. et gyn. Septemb. 1894. . .  
Der Frauenarzt 1894 Heft 11.)



## Vermischtes.

- Prof. W. Ebstein (Göttingen) empfiehlt einen **federnden Percussionsfinger**, ein kleines, sehr handliches und dauerhaftes Instrument (zu beziehen von Mahrt u. Hoerning in Göttingen, Preis: M. 2, mit Plessimeter M. 2,50), bestehend aus 4 federnden Branchen, welche einem niedrigen Ringe aufsitzen, in welchem ein Stück Radirgummi eingeschraubt ist; letzterer kann, wenn er abgenützt ist, ersetzt werden. Die federnden Branchen gestatten die Benützung bei Fingern von verschiedener Dicke; die Vorderfläche der Fingerkuppe ruht auf der oberen Fläche des Gummis, wodurch die palpatorische Percussion wesentlich erleichtert wird. Das kleine Instrument befindet sich nebst einem Glasplessimeter, wie er seit Jahren von Ebstein benützt wird, in einer kleinen vernickelten Metallbüchse.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894 No. 46.)

- Ein einfaches Mittel zur Correction eingezogener **Brustwarzen** wendet seit einigen Jahren C. v. Wild (Cassel) an: Er lässt die bekannten, zum Gebrauch bei wunden Warzen der Stillenden bestimmten „Warzenhütchen“, welche aus einer runden, in der Mitte mit einer spitz ausgezogenen Kuppe versehenen Glasplatte von etwa 5 cm Durchmesser und einem daran befestigten, kleinen Gummisauger besteht, derart verändern, dass er die Glaskuppe etwa 15 mm über ihrem Ansatz an der Platte abschneiden und den Schnitttrand sorgfältig glätten lässt. Das Instrument wird nun so auf die Brust gelegt, dass die mittlere Oeffnung der Glasplatte auf die Warze zu liegen kommt; die Glasplatte liegt der Haut luftdicht an, hält sich also dadurch und durch den Druck der Kleider. Die Warze erhebt sich allmähig

durch den auf ihre Umgebung ausgeübten Druck aus ihrer eingedrückten Lage; man bemerkt sehr bald diesen Effect und am Ende der Schwangerschaft verzeichnet man meist einen recht befriedigenden Erfolg. Damit die Form des kleinen Apparates nicht durch die Kleider hervortritt, kann man ihn mit etwas Watte bedecken; Nachts legt man ihn in reines Wasser.

(Centralblatt für Gynäkologie 1894 No. 45.)

- Ein **hygienisches Spuckgefäss**, das grosse Vorzüge besitzt, vollkommen reinlich und appetitlich ist, vor Austrocknen der Sputa sichert und für Kranke sehr handlich ist, construirte Fabrikant Wellhöfer in Heidingsfeld bei Würzburg. Dr. Voll (Würzburg) schreibt darüber: „Auf das mit einem kräftigen Henkel versehene Standgefäss wird mittelst Bayonetverschlusses das Aufsatzstück befestigt, welches oben und unten in einem abgerundeten rechten Winkel nach vorn gebogen ist. Das obere Ende läuft in eine sehr grosse Spucktasche aus. In der hinteren Wand der unteren Hälfte des Aufsatzstückes befinden sich eine grosse Anzahl feiner Oeffnungen, wodurch dasselbe hier in eine Art Filter verwandelt wird. Das Standgefäss wird mit Wasser gefüllt, jedoch nur so weit, dass die untere Ausgangsöffnung des Aufsatzstückes noch einige Centimeter über dem Wasserspiegel steht. Für gewöhnlich steht das Gefäss senkrecht; will man es gebrauchen, so erfasst man es beim Henkel und hält es horizontal; das Wasser, welches natürlich diesen Bewegungen folgen muss, nimmt ebenfalls eine horizontale Lage ein und dringt von der siebartig durchlöcherten Wand her in das Aufsatzstück ein. Stellt man das Gefäss wieder senkrecht, so stürzt nach dem Gesetze der Schwere das Wasser durch die untere Ausgangsöffnung auf den Boden des Standgefässes, ein jedes Sputum mit sich reissend. Der Aufsatz kann sich nur von seiner hinteren Wand her mit Wasser füllen, da das untere Ende desselben nicht ins Wasser eintauchen darf, und so kommt nie wieder ein Sputum zum Vorschein, das einmal ausgehustet ist. Will man das Standgefäss entleeren, so nimmt man den Aufsatz ab und giesst den Inhalt ins Feuer oder in den Abort. Die übrige Reinigung ist sehr einfach, zumal sich wegen des Wassers keine Reste des Sputums an die Wand legen können.“

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 45.)

- Um **Höllensteinflecke aus der Kleidung zu entfernen**, bedient sich Dr. F. Hahn (Bremen) folgender Lösung:

Rp.

*Hydrarg. bichlorat. corr.*

*Ammon. chlorat. aa 5,0*

*Aq. dest. ad 50,0*

M. D. S. Aeusserlich!

Die Flecke werden mittelst eines damit befeuchteten Leinenlappchens leicht betupft und gerieben und verschwinden aus Herrenanzügen fast momentan, auch in veralteten Fällen; ebenso lassen sich die Flecke aus leinenen, baumwollenen und wollenen Hemden, Handtüchern u. s. w. sicher entfernen, ohne dass der Stoff irgendwie Schaden erleidet, ferner auch die Flecke auf den Fingern (hier ist allerdings das Verreiben eines Jodkalikrystalles mit etwas Wasser praktischer).

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1894 Bd. XIX. No. 11.)

- **Deckgläschen zu mikroskopischen Präparaten** kann sich Jeder leicht selbst bereiten, indem er sogenanntes Marienglas (erhältlich in jeder Eisenhandlung, die Petrol-Kochapparate verkauft) mit einem scharfen Messer spaltet. Dieselben bieten den Vortheil, dass sie in allen möglichen Grössen und Dicken sehr leicht hergestellt werden können; ausserdem sind sie kaum zerbrechlich und sehr billig. Die (seltenen) schmalen, hellen Risslinien, die sich unter dem Mikroskop zeigen, stören keineswegs die Deutlichkeit des Bildes und auch die Helligkeit desselben wird durch die dünne Platte Marienglas kaum beeinträchtigt.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1894 No. 21.)

- Ein **sehr empfindliches Reagens auf Eiweiss, Albumosen und Peptone** ist nach Prof. Dr. E. Riegler (Jassy) das Asaprol. Ungefähr 4 cm Urin werden in einer Eprouvete mit 1–2 Tropfen Salzsäure und mit 10 Tropfen 10 % wässriger Asaprolösung versetzt; selbst Spuren von Eiweiss werden sich durch eine deutliche Trübung zu erkennen geben, die sich beim Erwärmen nicht klärt. Albumosen und Peptone lassen sich ebenso auffinden, doch verschwinden die Trübung resp. der Niederschlag beim Erwärmen,

um beim Erkalten wieder zu erscheinen. Treten die Albumosen und Peptone neben Eiweiss im Harne auf, so werden ebenfalls 4 cm desselben mit 1—2 Tropfen Salzsäure und 10 Tropfen Asaprol versetzt, aufgekocht und heiss filtrirt; falls Eiweiss vorhanden, bleibt es auf dem Filter, das Filtrat aber wird nach dem Erkalten Trübung zeigen bei Anwesenheit von Albumosen und Peptonen. Um ein fertiges Reagens zu haben, kann man 100 cm<sup>3</sup> einer 10 % wässrigen Asaprollösung mit 10 cm<sup>3</sup> concentrirter Salzsäure versetzen; hiervon werden 10 Tropfen zu 4—5 cm<sup>3</sup> Urin zugesetzt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1894 No. 52.)

---

## Notiz.

Eine „**Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie**“ erscheint vom 1. Januar 1895 ab im Verlage von S. Karger in Berlin. Redigirt von Prof. A. Martin (Berlin) und Prof. Sänger (Leipzig), wird sie Original-Arbeiten mittleren Umfanges, casuistische Mittheilungen, Referate über alle wichtigen Neuigkeiten der Literatur, Besprechungen über forensische Geburtshülfe und Gynäkologie, Hebammenwesen, Technik und Erfindungen, Zeit- und Streitfragen, Tagesangelegenheiten, Personalien, Bücheranzeigen bringen. Das uns vorliegende, inhaltlich sehr reiche und auch recht gut ausgestattete 1. Heft hält voll und ganz, was der Prospect verspricht. Preis der Monatsschrift: Mk. 30.— pro anno.



## Bücherschau.

**Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz.** Annales suisses des Sciences médicales. Basel und Leipzig 1894, Verlag von Carl Sallmann.

2. Reihe 4. Heft: **Ueber den Einfluss des Blutegelinfuses auf die Thrombenbildung.** Von Dr. J. Eguet (aus der medic. Klinik in Bern). 31 S. Preis: M. 1,20.

2. Reihe. 6. Heft: **Beiträge zur Kenntniss des Frauencaseins und seiner Unterschiede vom Kuhcasein.** Von Dr. A. Wróblewski. 46 S. Preis: M. 1,20.

Im vorderen Abschnitte des Blutegelkörpers wird eine besondere Substanz secernirt, welche die Eigenschaft besitzt, das Blut vor der Gerinnung zu schützen. Eguet machte nun an Kaninchen Versuche, welche den Zweck hatten, zu eruiren, ob jener Stoff auch im Stande ist, die Thrombenbildung zu verhindern, ebenso wie er die Gerinnung verhindert. Die Frage ist wichtig, weil sie die Beziehungen der Gerinnung und Thrombose involviert, ausserdem weil man im positiven Fall daran denken könnte, bei Menschen, die an Thrombosen und Infarctbildungen leiden, das Blutegelinfus therapeutisch zu verwenden. Die höchst interessanten Versuche lese man im Original nach. Es ergaben dieselben, dass das Infus in der That Kaninchenblut vor Thromben schützt. Bei einem 130 Pfund schweren Mann müssten 80—90 Blutegel ihr Extract hergeben, wenn man die Versuche auf den Menschen übertragen könnte; voraussichtlich aber ist weniger nöthig, da das Menschenblut viel ärmer an Fibrin ist, als Kaninchenblut. — Die zweite Arbeit enthält ebenfalls sehr werthvolle Untersuchungen, betreffend das Frauencasein. Wir müssen dem Autor dankbar sein, dass er unsere immer noch recht mangelhaften Kenntnisse über das wichtigste Nahrungsmittel in schätzenswerther Weise bereichert hat und empfehlen, seine Darlegungen des Genaueren zu studiren. Die Resultate seiner Untersuchungen fasst Autor selbst kurz zusammen:



1. Es wurde eine neue Methode zur Darstellung des Frauencaseins gefunden, welche jedenfalls ein ganz unverändertes schneeweisses Präparat liefert.
2. Das erhaltene Frauencasein wurde zum 1. Male vollständig analysirt.
3. Die schon von Anderen beobachteten Verschiedenheiten von Frauen- und Kuhcasein hinsichtlich der Löslichkeit u. s. w. wurden durch Versuche an reinem Material bestätigt und erweitert.
4. Bei der peptischen Verdauung des Frauencaseins spaltet sich aus demselben kein Nuclein ab. Kuhcasein liefert dabei stets Nuclein, welches auch bei sehr langer Verdauung nicht vollständig gelöst wird.
5. Frauencasein und Kuhcasein sind demnach chemisch verschiedene Substanzen.
6. Daraus folgt, dass es nicht vollkommen gleichgültig sein kann, ob ein Kind mit Kuh- oder mit Frauencasein ernährt wird, namentlich bei Schwäche der Verdauungsorgane.
7. Die Mutterlauge des Frauencaseins enthielt noch einen Eiweisskörper, der sich durch seine Zusammensetzung namentlich vom Casein unterscheidet, und auch mit dem Albumin nicht identisch ist.

**Medicinischer Taschenkalender 1895.** Herausgegeben von Prof. Partch, Dr. Jaenicke, Dr. Leppmann. Breslau 1895. Verlag von Preuss & Jünger. Preis M. 2.—.

**Aerztliches Vademecum und Taschenkalender 1895.** Von Dr. Arno Krüche. München, Verlag von Seitz & Schauer. Preis M. 3.—.

Der erste von beiden Taschenkalendern, im 8. Jahrgang erschienen, ist ein alter Bekannter, der im früheren, beliebt gewordenen Gewande, nur in einzelnen Abschnitten noch vermehrt und verbessert, vor uns liegt. Das handliche Büchlein wird gewiss zu den alten sich viele neue Freunde erwerben.

Das Krüche'sche Vademecum tritt zum 1. Male vor die Aertzewelt. Der Herausgeber hat es verstanden, die Einrichtungen in sehr praktischer, zweckentsprechender Weise zu treffen. Der textliche Inhalt enthält manches, was wir in anderen Taschenkalendern nicht finden, aber dem Praktiker sehr gute Dienste erweisen wird. Wir können auch dies Büchlein warm zum Gebrauche empfehlen.

*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 7.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

*April*

*IV. Jahrgang*

*1895*

---

**Anasarka.** Prof. C. Gerhardt (Berlin) hat bei einem Falle mit **Einschnitten in das Unterhautbindegewebe** einen sehr befriedigenden Erfolg erzielt. Es handelte sich um einen Phthisiker mit Amyloidentartung der Unterleibsorgane; Eiweiss im Harn, geringe Urinmengen, mässiger Blutgehalt, hyaline Cylinder; bald auch Oedeme, erst des Gesichtes, dann ständig zunehmend der unteren Körperhälfte; Körpergewicht dadurch von 53 auf 100 Kilo gestiegen. Digitalis, Scilla, Mittelsalze, Calomel, Diuretin, Sandbäder unwirksam. Da Anlegung von 16 Stichwunden an den Seitenflächen der Unterschenkel, selbstverständlich unter strengster Asepsis. Abnahme des Körpergewichtes in den ersten 24 Stunden um 30 Kilo. Dauernd reichliche Diurese; die vorher vergebens angewandten harntreibenden Mittel wirkten jetzt prompt. Allmälige Besserung des Zustandes, nach einigen Wochen Arbeitsfähigkeit. Die Methode der Incision ist einfach und gefahrlos, keine besonderen Instrumente erfordernd. Die kleinen Messerstiche, meist 4 an jeder Seite des Unterschenkels, müssen sofort und immer wieder mit reiner Watte bedeckt werden! Soll die Flüssigkeit rasch ablaufen, so sei Patient in sitzender Stellung, durch Liegen Abfluss jederzeit zu verlangsamen! Nur 2 beunruhigende Erscheinungen kommen öfters vor: kleine Hautblutungen zwischen den Stichstellen und, nach raschem Abflusse, Benommenheit, selbst Irrereden. — In unserem Falle **Sandbäder** unwirksam, sonst sind sie oft recht gut. Sie können als Heissluftbäder der Haut aufgefasst werden, und sie bewirken wie diese geringe Er-

höhung der Körperwärme und starke Schweissabsonderung. Die Sandbäder, die die Athmungsorgane freilassen, können länger mit hoher Temperatur (bis 50° C.) genommen werden, als Heissluftbäder. Schon viele Fälle besonders von **chron. Gelenkrheumatismen, Arthritis deformans, Resten gichtischer Auflagerungen** wurden z. B. in Köstritz geheilt oder dauernd gebessert, nachdem sie lange vergebens in Wasserbädern geweilt hatten, wie sich Autor überzeugte, der deshalb die Bäder auch in der Charité einführte. Hier zeigte sich guter Erfolg bei **hartnäckigen Pleuraergüssen, Wassersucht Herzkranker, Neuralgien** (Ischias, Gürtelschmerz der Tabetiker). In Köstritz wurden einige Male Reconvalescenten von acuter Nephritis ihren hartnäckig andauernden Eiweissgehalt des Harnes los, auch bei breiter weisser Niere wurden noch Erfolge erzielt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 50.)

- Ewald kann für Nephritiden mit starkem A. mit voller Ueberzeugung eine Methode empfehlen, die leider nicht häufig und consequent genug durchgeführt wird, obwohl man dabei nicht nur momentane, sondern lange Zeit vorhaltende Erfolge hat. Das ist die **Punction des Hydrops** mit etwa stricknadeldünnen Hohnadeln, die über der Spitze eine Anzahl von Löchern haben und auf der anderen Seite so abgerundet sind, dass ein Gummischlauch übergezogen werden kann. Diese Nadeln werden je 2 in 1 Bein eingestossen und die durch den Schlauch abfliessende Flüssigkeit neben dem Bett aufgefangen. Durch 12, 24 und mehr Stunden läuft continuirlich Oedemflüssigkeit ab und man kann so ausserordentlich grosse Quantitäten im Laufe von 24 Stunden entziehen und so hochgradige Herabsetzung nicht nur des A., sondern auch der gesamten etwa vorhandenen Höhlenflüssigkeit erzielen, da häufig gleichzeitig auch eine gesteigerte Diuresis eintritt. Autor hat solche Punctionen in einzelnen Fällen von chronischen Nephritiden 10—20 Mal und noch öfter ausgeführt und die Ueberzeugung gewonnen, dadurch das Leben der Kranken ganz ausserordentlich verlängert zu haben. Er hat im Laufe der Jahre fast alle zur Behandlung der A. vorgeschlagenen Methoden durchprobirt, aber die eben geschilderte erwies sich als die reinlichste, scho-

nendste und wirkungsvollste. Sie verläuft in der übergrossen Zahl reactionslos, nur bei einzelnen Individuen kommt es, selbst wenn man peinlichst die Antisepsis innehält, zu Phlegmone und Abscedirung, warum, weiss Autor nicht.

(Berliner medic. Gesellschaft, 13. Februar 1895. —  
Berliner medic. Wochenschrift 1895 No. 8.)

**Arthritis urica.** Dr. F. Danziger (Beuthen) berichtet von einem exquisiten Falle von **Angina urica**: Der 44jährige Patient erkrankte 1879 plötzlich an heftigen Halsschmerzen und Schluckbeschwerden, in der folgenden Nacht zum ersten Male an typischer A. der grossen Zehe; letztere hielt 14 Tage an, mit ihm zugleich verschwanden die Halsbeschwerden. 1884 der 2. Anfall, 3 Tage lang, wieder mit vorhergehender Halsaffection verbunden. Von 1885 an Gichtanfälle jährlich 2 Mal, immer 2—3 Tage lang, stets sich am Tage vorher mit Halsschmerzen ankündigend. 1889 besonders heftige Halsaffection mit entsprechend starkem Gichtanfall, beides 4 Wochen anhaltend, mit Eiterung einer Tonsille endigend. Jetzt 3 Jahre lang Wohlbefinden. Von 1892 an 6—8 Anfälle im Jahr, ebenso wie früher verlaufend; einer dieser Anfälle äusserst heftig, zu einer Peritonsillitis führend, die 2 operative Eingriffe erforderte. — Der Verlauf dieses Falles zeigt deutlich den Zusammenhang zwischen der A. und der jedesmaligen Angina. Interessant hierbei, dass letztere nicht, wie es bei den bisher beobachteten Fällen zuing, mit dem Auftreten der A. zurückging; sondern dass hier vielmehr die Halsaffection schwand, wenn der Gichtanfall nachliess.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1895 No. 1.)

- F. J. Tower beobachtete 3 Fälle, wo sich **gichtische Deposita im Hoden** vorfanden, ein sehr seltenes Ereigniss! Die Ablagerungen, hauptsächlich aus harnsaurem Natron bestehend, hatten keine bestimmte Localisation, nur enthielten die aus derbfibrösem Gewebe bestehenden Tunicae am meisten von ihnen. Die befallenen Parthieen knotig, hart, beim Stich mit einer Nadel knirschend. In einem Falle Entwicklung der Deposita im Anschluss an den 1. Gichtanfall, in 2 Fällen Traumen der Scrotalgegend vorangegangen (Auftreten von gichtischen Ablagerungen bei Patienten von uratischer Diathese an früher

verletzten Stellen wiederholt beobachtet!) Prädisponirend wirkten ferner bei dem einen Patienten (einem jungen Ehe-  
manne) sexuelle Excesse, die häufige Hyperämieen der  
Theile zur Folge hatten, bei dem zweiten eine in früher  
Jugend durch ein Trauma erworbene, schwer reponible  
Inguinalhernie, bei dem dritten eine vernachlässigte  
Varicocele. Ausserdem kommt dazu, dass die Genital-  
organe besser als irgend ein anderer Körpertheil mit Blut  
versorgt sind und in Folge ihrer hängenden Lage nicht so  
rasch vom venösen Blut befreit werden, zumal wenn, wie  
hier, noch ein besonderes Hinderniss besteht, dass ferner  
das fibröse Gewebe wegen seiner Gefässarmuth und trägen  
Circulation ein gutes Recipiens für solche Deposita ist.  
Prognostisch wichtig ist die Möglichkeit der Sterilität  
bei sehr ausgedehnten Depôts. Es kann auch zur Eite-  
rung und Fistelbildung kommen. In Bezug auf Re-  
sorption vorhandener Deposita Prognose ungünstig.  
Bei Beschwerden infolge Grösse der Tophi und Schmerzen  
muss chirurgische Entfernung erfolgen (neuerdings zur  
Entfernung gichtischer Tophi Elektrizität empfohlen!)

(Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, Decemb. 1894. —  
Wiener klin. Rundschau 1895 No. 6.)

**Augenentzündungen.** Prof. H. Schmidt-Rimpler (Göt-  
tingen) empfiehlt die **Behandlung des Trachoms mit  
der Knapp'schen Rollpincette**, wie er sie seit 2 Jahren  
ausübt. Das Instrument, nach dem Princip einer Wasch-  
rolle (Mangel) gebaut, ist eine Pincette, deren 2 Bran-  
chen am Ende in Gestalt je eines Steigbügels auslaufen,  
dessen Fussplatte durch eine drehbare, etwa 1,5—2 mm  
dicke, stumpfgeriefte Walze gebildet wird. Zwischen  
diesen Walzen nun wird die ektropionirte, mit  
Körnern oder diffus trachomatös infiltrirte Schleim-  
haut gefasst; indem man die Pincette anzieht, gehen die  
sich drehenden Walzen mit stärkerem oder geringerem  
Druck, je nachdem man die Pincette fest oder weniger fest  
schliesst, über die Schleimhaut fort und pressen den zelligen  
Inhalt heraus. Autor liess sich eine Roll-Pincette mit  
kürzerer Walze (8 mm) anfertigen (Mahrt & Hörning,  
Göttingen); mit dieser lassen sich die im Winkel sitzenden  
Körner besser treffen, freilich lässt sich nicht die Schleim-  
haut in ihrer ganzen Ausdehnung fassen, und bei starker  
Ausdehnung des Processes muss man die einzelnen Par-

thieen nach einander abrollen. Falls man die im Tarsaltheil sitzenden Körner ausquetschen will, setzt man nach Knapp eine Walze auf die Lidhaut, die andere auf den Knorpel; um nun das unnöthige Walzen der Haut zu vermeiden, liess Autor hierzu eine Roll-Pincette machen, deren eines Branchenende in einer glatten Platte besteht. Sitzen die Körner tief in den Uebergangsfalten, so sind letztere mit einer Pincette vorzuziehen. Nach Anwendung der Walze auf der Schleimhaut kleine Blutpunkte und Blutstreifen sichtbar, die nach einigen Tagen verschwinden; zwischen den Walzen findet sich der ausgequetschte Brei. Narkose unnöthig; nach energischer Cocainisirung Verfahren nicht sehr schmerzhaft. Man braucht ja auch nicht in einer Sitzung alle 4 Lider vorzunehmen! Nach der Operation Auswaschen der Schleimhaut mit Sublimat (1:5000) oder Aq. chlorata, sodann kalte Umschläge. Weitere Behandlung dann die der Conjunctivitis, meist adstringirende Mittel. Manchmal Wiederholung der Ausquetschung nöthig; entweder traf man nicht alle Stellen oder es bildeten sich neue Körner. Immer noch längere Zeit fortgesetzte Behandlung der Schleimhaut erforderlich, aber das Verfahren kürzt doch den Krankheitsverlauf erheblich ab. Am auffallendsten Erfolge da, wo zahlreiche gelbe, grosse Körner in einer wenig hyperämischen oder wenig verdickten Schleimhaut sitzen und ebenso, wo es sich um diffuse, sulzige Infiltration handelt. Bei stark gerötheter, geschwelter und hypertrophirter Schleimhaut, wo die Trachomkörner nur undeutlich zu erkennen sind, Erfolg weniger ausgesprochen. In diesen Fällen begnüge man sich damit, circumscribirt die stärker hervortretenden Körner auszudrücken, oder man warte ab, bis die Schleimhautschwellung zurückgeht. Verringerung der subjectiven Beschwerden stets Folge der Ausquetschung, meist auch Besserung der complicirenden Hornhautaffectionen, eine vollständige und dauernde Heilung schwerer Trachomfälle erreicht aber auch dies Verfahren öfters nicht, und meist ist über 1 Jahr lang Controlle erforderlich, aber doch kann Autor die Anwendung der Roll-Pincette zu den besten mechanischen Behandlungsmethoden des Trachoms zählen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 1.)

- Primararzt Dr. Grossmann (Budapest) hat das **Scopolamin hydrobromic.** in 1—2 % Lösung statt das Atropin seit 1 Jahr angewandt und constatirt zunächst bezüglich seiner Wirkungsweise gegenüber dem Atropin Folgendes: Beim normalem Auge tritt die Pupillenerweiterung mit Scopolamin rascher ein (in 8—10 Minuten) als bei Atropin (20 Minuten). Die Accommodationsparese bei Scopolamin nach 30—35, bei Atropin nach 50—60 Minuten, dauert bei Scopolamin viel kürzer, als bei Atropin. Die Pupille erreicht ihre normale Grösse bei Scopolamin nach 4—6, bei Atropin nach 7—10 Tagen. Mit Cocain combinirt, wirkt Scopolamin intensiver, Atropin schwächer. Während man eine 1 % Lösung von Scopolamin selbst Monate lang 2—3  $\times$  täglich anwenden kann, ohne Nebenwirkungen zu sehen, werden letztere bei einer 1 % Atropinlösung nach längerer Anwendung, oft schon nach 2—3maliger bemerkt. Bei Herzleidenden und Kindern, bei bejahrten Individuen und zu diagnostischen Zwecken verdient Scopolamin daher stets den Vorzug. Als rasch wirkendes Mydriaticum und Antiphlogisticum ist es ferner indicirt: 1. Bei entzündlichen Erkrankungen des vorderen Bulbusabschnittes, bei **Keratitis vasculosa** und **K. parenchymatosa**, wo Schmerzlinderung, Abnahme der Gefässinjection um die Cornea und Aufhellung derselben, ferner Verminderung des Thränenflusses, der Lichtscheu nebst Schwellungsabnahme der Bindehaut bewirkt wird. 2. Bei **Iritis** ruft das Mittel starke Pupillenerweiterung und Schwellungsverminderung des Irisgewebes hervor und sprengt auch hintere Synechieen, während fest angewachsene ihm widerstehen. 3. Bei **Hypopyon-Keratitis** mit Zerfall des Cornealgewebes erfolgt bald Reinigung des Geschwüres und der Eiter gelangt rasch zur Aufsaugung.

(Pester medic.-chirurg. Presse 1895 No. 4.)

- S.-R. Dr. Heuse (Elberfeld) stellt seit längerer Zeit mit **Aristol** bei **Augenleiden** Versuche an. Bei **indolenten Hornhautgeschwüren** mit eitrigem Grunde ist es zuweilen ein ausgezeichnetes Mittel, um den eitrigen Grund zum Abstossen zu bringen, wenn andere Mittel im Stich lassen. Autor streute das Pulver dicht mit einem Pinsel auf das Ulcus, worauf das Auge einige Zeit geschlossen gehalten wurde; nach 2 Tagen Geschwürs-

grund rein. Zur Reparation des Geschwüres trägt aber das Aristol nicht bei, wesshalb man nach Abstossung des Geschwürsgrundes zu anderen Mitteln greifen muss. — Als 5 % Salbe bewährte sich das Mittel bei **Blepharitis ulcerosa**, wobei es wegen seines geringen Reizes einen gewissen Vorzug vor der gelben Präcipitatsalbe hat. — Gleichfalls mit 5 % Salbe wurden gegen hartnäckig recidivirende **Hordeola** gute Erfolge erzielt; die Salbe wurde Abends in die Cilien eingerieben.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 2.)

— Dr. R. Roselli empfiehlt das **Dermatol** in der Augenpraxis auf's Wärmste. Es kann mit Nutzen an Stelle aller bisher in der Augenheilkunde angewandten pulverförmigen Arzneimittel gebraucht werden. Es hat vor dem Calomel den Vorzug, dass daneben intern Jodpräparate benützt werden können, es hat grössere bakterientödtende Wirkung, als Calomel und Jodoform, es begünstigt die Resorption von Exsudaten im Auge, es hat adstringirende, austrocknende und narbenbildende Wirkung. Die besten Resultate ergab die **Conjunctivitis scrophulosa**, gute auch die **einfache Keratitis** (wenn sie nicht von grosser Lichtscheu und conjunctivaler Hyperämie begleitet war), ferner die **Keratitis parenchymatosa** und **Hypopyon-Keratitis**. Dermatol eignet sich vorzüglich zur Beseitigung von **Cornealgeschwüren**, besonders traumatischen. Bei **Conjunctivitis crouposa** beschränkt es die Secretion und verhindert die Bildung von Pseudomembranen.

(Gaz. degli ospedali 1894 No. 34. —  
Wiener medic. Presse 1895 Nr. 7.)

**Bronchitis.** Gegen acute Bronchitis empfiehlt Lewinthal:

Rp.

*Ammon. carbonic.*

*Natr. salicyl. aa 4,0*

*Syr. fol. aurant.*

*Syr. Tolut. aa 30,0*

*Aq. dest. 60,0.*

M. D. S. 3 stündl. 1 Theelöffel.

(Sem. med. 1895 No. 2. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 7.)

**Coccygodynie,** wie sie im Anschluss an operativ beendigte Geburten nicht selten recht hartnäckig ist,



hat Dr. A. Gönner wenigstens in einem Falle sehr rasch mit **subcutanen Antipyrinjectionen** geheilt. Patientin 1893 mit der Zange entbunden. Von da an C., welche durch Jodoformcollod., Ichthyol, Massage u. s. w. etwas gebessert wurde, aber nie ganz verschwand. In diesem Jahre, nach einer 2. Geburt, welche spontan 14 Monate nach der 1. folgte, Beschwerden wieder viel hochgradiger. Als letztes Mittel vor der event. in Aussicht genommenen Exstirpation des Steissbeins versuchte Autor Antipyrin-injectionen, 3:10, 1 Pravaz'sche Spritze voll. Schon nach der 1. Injection Beschwerden bedeutend geringer, sie verschwanden nach der dritten ganz. Diese eine Beobachtung beweist nicht viel, das gefahrlose Mittel dürfte wohl aber doch in ähnlichen Fällen probirt werden, bevor man sich zur Operation entschliesst. Die Schmerzhaftigkeit ist gering, wenn man tief einsticht.

— Im Anschluss hieran theilt Dr. E. Haffter (Frauenfeld) mit, dass er bei nicht puerperaler C. von einem **Antipyrin-klysma** (2—3 gr auf 10 gr Wasser) raschen Erfolg erlebt hat.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 2.)

— Auf eine Anfrage über Behandlung der C. ertheilt ein Dr. H. folgende Auskunft: „Die vorzugsweise bei Frauen auftretende C. steht häufig in ursächlichem Verhältnisse zur Retroflexio uteri und anderen örtlichen Leiden der Genitalorgane, sowie zu habitueller Obstructio alvi. Es ist demnach die Berücksichtigung bzw. Beseitigung dieser Ursachen anzustreben, besonders stets für leichten Stuhlgang zu sorgen. Oertlich wirkt, wenn die subcutane Injection von Morphinum im Stiche lässt, bisweilen diejenige von 2 0/0 Carbollösung vortrefflich; ich habe in 2 sehr hartnäckigen Fällen damit völligen Erfolg erzielt. Für den Nothfall bleibe als letztes Mittel die Circumcision des Os coccygis mit subcutaner Trennung aller mit dem Steissbein in Verbindung stehenden fibrösen und musculösen Fasern übrig oder die Exstirpation des Os coccygis.“

(Aerztlicher Central-Anzeiger 1895 No. 3.)

**Diphtheritis.** Ein mit Behring'schem Serum geheilter Fall von D. mit hochgradigster Larynxstenose wird von Dr. Th. Lange (Halle a/S.) gemeldet. 4jähriges

Kind, am 3. Tage der Erkrankung mit sehr schweren Erscheinungen: hochgradige Einziehungen, Cyanose und Kühle der Extremitäten, Rectumtemperatur 36°, Puls 122, diphtheritischer Belag auf Uvula, linkem Gaumenbogen, beiden Tonsillen, von hier auf die hintere und seitliche Rachenwand übergehend. Es war dies ein Fall, der erfahrungsgemäss ohne Tracheotomie letal enden musste! Mit einer grossen Pravaz'schen Spritze Injection von Nr. II unter die Haut beider Oberschenkel und des Abdomens am Nachmittage. Abends durch plötzlichen Hustenstoss leichtes Herausbefördern einer grossen Menge Membranen, weiterer des Nachts. Am nächsten Tage fand Autor den Knaben ohne Athemnoth vor, im Halse noch etwas dünner Belag, gutes Allgemeinbefinden. Nach 7 Tagen völliges Verschwinden des Belages, ungestörte Reconvalescenz.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 7.)

- Dr. E. Simon (Merzig) heilte einen schon sehr weit gediehenen (Asphyxie) Fall von **diphtheritischer Larynxstenose** bei einem 19 monatlichen Kinde; Heilung durch 2 Dosen Nr. I. Solch ein Fall wäre früher ohne Tracheotomie sicher letal gewesen!

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 9.)

- Dr. Pfeifer (Weida) berichtet über 2 **Fälle septischer D., geheilt durch Heilserum**. Beide Fälle betrafen 6jährige Kinder. Das erste bekam am 5. Krankheitstage 2 Fläschchen Nr. I injicirt, am nächsten 1 Fläschchen Nr. II und war 2 Tage später genesen, das zweite bekam nur am 2. Krankheitstage 1 Fläschchen Nr. I und genas ebenfalls 2 Tage darauf. Ausser dem Serum wurde kein Mittel angewandt.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 2.)

- Prof. H. v. Ranke (München, Universitäts-Kinderklinik) hat nun weitere 3 Monate das Heilserum angewandt, und kann jetzt „in objectivster Abwägung aller Verhältnisse es als seine Ueberzeugung aussprechen, dass wir in dem Behring'schen Serum ein Heilmittel erhalten haben, das an Wirksamkeit alle bisher bekannten Mittel gegen D. weit übertrifft“. Es wurden 85 Fälle primärer D. injicirt, davon starben 16 (18,8%). Bakteriologisch untersucht 67

Fälle; bei 64 (95,5 %) fanden sich Diphtheriebacillen im Pharynx, jedoch nur bei 8 in Reincultur, während sie bei 56 (83,6 %) mit Streptokokken stark vermischt waren. Von den 85 Fällen boten 54 (63 %) bei der Aufnahme Erscheinungen von Larynxstenose dar; bei 17 davon bildeten sich nach der Injection diese Erscheinungen wieder zurück, sodass ein operativer Eingriff nicht nöthig wurde. Bei 37 Fällen (43,5 %) der 85 musste wegen drohender Erstickungsgefahr sofort nach Aufnahme intubirt werden; davon letal 11 (29,7 %) Fälle.

**Mortalität an primärer D. in der Universitäts-Kinderklinik:**

Jahr	Zahl der aufgenommenen Diphtheriefälle	Davon gestorben	In %	Zahl der operirten diphth. Larynxstenosen	Davon gestorben	In %
1887	90	38	42,2	55	38	69,1
1888	141	69	48,9	73	44	60,3
1889	185	86	45,5	72	45	62,5
1890	167	80	47,9	91	55	60,4
1891	145	67	46,0	84	50	59,5
1892	137	77	56,2	82	59	71,9
1893	152	70	46,0	88	59	67,0
1894 bis 24./9.	121	69	57,0	69	52	75,4
Serumperiode vom 24./9. 94 bis 6./2. 95 }	85	16	18,8	37	11	29,7

Diese Zahlen sprechen für sich! Dabei wurden, wie in früheren Jahren, nur schwere und allerschwerste Fälle der Klinik zugewiesen! Dass eine beginnende Stenose sich wieder zurückbildete, kam früher nur in höchstens 5 % vor, jetzt bei 31,7 %! In keinem injicirten Falle nachträglich der Kehlkopf afficirt! Septische D. (d. h. Pharynxdiphtherie mit missfarbigen, ausgebreiteten Belägen auf beiden Mandeln, Zäpfchen und weichen Gaumen mit Foetor ex ore und meist verbunden mit Nasendiphtherie) 9 Mal (bei 3 bestand ausserdem

Larynxstenose); davon 7 geheilt (davon 2 mit Larynxstenose). Auch das kam früher nicht vor! Beginn der Behandlung nur 3 Mal am 1. Tage, 51 Mal am 2.—4. Tage, sonst vom 5.—10. Tage; also auch bei verspäteter Anwendung Wirkung des Serums noch oft genug ausgesprochen! Als Nebenwirkungen mehrere Male Exantheme, auch 1 Mal fieberhafte Gelenkaffection; dieselben stehen aber in keinem Verhältniss zu den erreichten Resultaten. Direct schädigende Wirkungen auf Herz, Nieren oder andere Organe fehlten stets!

(Aerztl. Verein zu München, 13. Februar 1895. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 8.)

— Dr. W tthauer (Halle a. S., Diakonissenhaus) liefert ebenfalls einen **Beitrag zur Serumbehandlung**. Ehe er das Serum bekam und auch jetzt noch bei Erwachsenen, die auch früher unter dieser Behandlung ebenso wie jetzt fast sämmtlich geheilt wurden, wandte er folgende Therapie an, die auch sein Vater seit 25 Jahren mit recht gutem Erfolge betreibt. Er verordnet:

**Rp.**

*Liq. ferri sesquichlorat 5,0*

*Glycerin*

*Alkohol. absol. aa 7,5.*

M. D. S. Aeusserlich!

Damit müssen die Kranken, welche gurgeln können, dies fleissig thun (15 Tropfen in 1 Glas Wasser); gleichzeitig wird ein an seiner Spitze mit Watte bewickeltes Holzstäbchen in die unverdünnte Lösung eingetaucht und damit alle 3 Stunden die mit Belag versehenen Stellen im Rachen vorsichtig betupft. Intern schwache Lösung von Kal. chloric. und Natr. salicyl., Wein- oder Schnapsmedizin (guter Nordhäuser mit Eigelb, Wasser und Zucker) und kräftige Nahrung. Um den Hals Priessnitz'scher Umschlag. Bei hohem Fieber oder Mitbetheiligung des Kehlkopfes Kinder 2 Mal täglich feucht eingepackt und 2 Stunden zum Schwitzen gebracht. So seit 1. October 1894 5 Erwachsene und 11 Kinder behandelt; von diesen 8 tracheotomirt (2 davon gestorben, die übrigen alle genesen). Mortalität = 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Seit 14. October Injectionen von Serum, bei 36 Fällen (meist Kinder von 1—11

Jahren, doch meist unter 5 Jahren, nur 1 Erwachsener) angewandt. Ueber die Hälfte der Kinder tracheotomirt; Injectionen bei 4 am 1. Tage, bei 8 am 2., bei 4 am 3., bei 6 am 4., bei 3 am 5., bei 10 später als am 5. Tag. 29 Kinder bekamen Nr. II, 5 Nr. I, 2 Nr. III. Am nächsten Tage meist Fieber verschwunden, gutes Allgemeinbefinden. Beläge fast immer am übernächsten Tage an den Rändern gelockert und theilweise abgehoben, am 3. Tage völlig verschwunden. Bei den Tracheotomirten Absonderung aus der Canüle vom 2. Tage post. operat. gewöhnlich reichlich, vom 5. Tage aufhörend, sodass am 5. oder 6. Tage die Canüle entfernt werden konnte. Sonstige Behandlung: Gurgelungen mit Liq. ferri (wer gurgeln konnte), sonst keine Localbehandlung. Nach der Tracheotomie (es wurden 20 tracheotomirt), um das Aushusten zu erleichtern, ein Expectorans, über die Canüle wurde ein mit heisser essigsaurer Thonerdelösung getränkter Schwamm gebunden und ausserdem fleissig mit Borsäurelösung gesprengt; nach Herausnahme der Canüle Wunde mit Soziodolsalbe verbunden, heilte stets gut and rasch. Seruminjection stets erst nach der Tracheotomie. Von den 36 Kranken 31 geheilt, 5 gestorben (darunter 4 Tracheotomirte) = 20% Mortalität nach der Operation, sonstige = 14% (früher nach Tracheotomie Mortalität etwa 75%). Das Resultat erscheint eigentlich ungünstig im Vergleich zu dem ohne Serum erzielten (s. oben), aber hier handelte es sich meist um leichte Fälle und Erwachsene. Zudem ist jene Behandlung schwerer durchführbar, wesshalb Autor entschieden der Serumbehandlung das Wort redet. Nephritis kam nicht häufiger vor als sonst, Erytheme und Gelenkschmerzen kamen vor, aber die günstige Wirkung ist so eclatant, dass diese Schädlichkeiten ausser Acht zu lassen sind!

(Therap. Monatshefte 1895 No. 2.)

- Medic.-Rath Dr. Rapmund berichtet über die bisherigen Ergebnisse der im Reg.-Bezirk Minden angestellten Sammelforschung. 100 Fälle mit Serum behandelt (34 leichte, 10 mittelschwere, 56 schwere). Beginn der Behandlung am 1. oder 2. Tage bei 73%. Mortalität: 7% der Behandelten (in früheren Epidemien daselbst 20—30%) oder, da alle leichten und mittelschweren Fälle genasen, 12,5% der schweren

Fälle und von den am 1. oder 2. Tage Injicirten nur 3,2 ‰. Heilwirkung des Serums bei 77 ‰ der Fälle deutlich, bei 18 ‰ wahrscheinlich, bei 5 ‰ fehlend. Bei 5 Fällen schädliche Wirkungen, die jedoch keine dauernde Schädigung hinterliessen.

(Zeitschrift für Medicinal-Beamte 1895 No. 4.)

— Von **Aronson's Diphtherie-Antitoxin** der chem. Fabrik A.-G. vorm. E. Schering (Berlin) können jetzt fortlaufend beträchtliche Mengen geliefert werden. Der Preis ist ganz wesentlich herabgesetzt worden (Fläschchen à 5 ccm 1,75 M., à 10 ccm 3,50 M. in den Apotheken). 1 ccm des Serums enthält mindestens 100 Immunisirungseinheiten. 5 ccm enthalten eine einfache Heildosis, welche genügt, sobald die Injection bei Beginn der Erkrankung vorgenommen wird. 10 ccm, die doppelte Heildosis, sind anzuwenden, wenn der Krankheitsfall von vornherein schwer erscheint resp. wenn die Behandlung erst am 2. Tage der Erkrankung beginnt. Bei sehr schweren Fällen (septische Erkrankungen, Mitbetheiligung des Kehlkopfes (ist je nach dem Alter des Kindes eine 3—4fache Heildosis (15—20 ccm) zu gebrauchen. Zur Schutzimpfung genügt für kleinere Kinder die Injection (mittelst Pravaz' Spritze) von 1 ccm, für grössere Kinder und Erwachsene von 2 ccm der Lösung. Die Antitoxinlösung ist zur Conservirung mit 0,4 ‰ Trikresol versetzt und dauernd haltbar; die Wirksamkeit bleibt nach Angabe der Fabrik mindestens 1 Jahr lang unverändert. Zur subcutanen Injection verwendet man am besten 10 ccm haltende Asbestkolbenspritzen (vom Instrumentenmacher Schmidt, Berlin N., Ziegelstrasse, zu beziehen), die durch Durchspritzen mit Alkohol, dann mit 2 ‰ Carbolsäure oder 1 ‰ Trikresollösung sterilisirt werden. Die Injection erfolgt tief unter die Haut. Geeignete Stellen dafür sind der Rücken zwischen den Schulterblättern, die seitliche Brustwand, die Oberschenkel. Massage nach der Injection ist überflüssig. Die Stichöffnung wird durch Jodoformcollodium verschlossen.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1895 No. 15.)

**Epilepsie.** W. v. Bechterew empfiehlt warm den **gleichzeitigen Gebrauch von Brom und Adonis vernalis:**

Rp.

*Infus. Adon. Vernal. e 2,0—3,75 ad 180,0 Col.**Natr. brom. 7,5—11,25**Codein. p. 0,12—0,18.*

S. Esslöffelweise.

Davon giebt man täglich 4—6, auch 8 Esslöffel. Selbst bei lange Zeit fortgesetzter Darreichung Medication stets gut vertragen. Sehr günstige Beeinflussung des Leidens: entweder sofortiges Aufhören der Anfälle oder wenigstens starke Herabminderung ihrer Zahl und Intensität. Nie Misserfolg!

(Neurolog. Centralblatt 1894 No. 23.)

— Nachdem bereits französische Kliniker das Bromäthylformin oder „**Bromalin**“ angewandt hatten, als Ersatz für das Bromkali, benützte auch Dr. L. Laquer (Frankfurt a. M.) das Präparat an Stelle des bis dahin verwendeten Bromkalis wegen der bestehenden Hauteruptionen, welche den Gebrauch des letzteren contraindicirten. Bromalin leistete, gerade in der doppelten Dosis angewendet, dasselbe, ohne aber unangenehme Nebenerscheinungen wie Furunculose, Foetor, Appetitlosigkeit u. s. w. hervorzurufen. Geeignete Formeln:

Für Erwachsene:

Rp.

*Bromalin. (Merck) 10,0**Divid. in part. aeq. X**D. ad chart. amyl.*

S. Täglich 2—8 Pulver und mehr.

Für Kinder:

Rp.

*Bromalin. 10,0**Solve in Aq. dest. 10,0**adde**Syr. Cort. aur. 90,0*

S. 1—2× täglich 1 Kinderlöffel.

(Neurolog. Centralblatt 1895 No. 1.)

**Hernien.** Einen Fall von **Hernia funiculi umbilicalis** beobachtete Dr. L. Hecht (Ulm a. D.): 3 Tage altes Kind, wohl entwickelt, zeigt an der Ansatzstelle des Nabelschnurrestes, welcher weiter als gewöhnlich von der Bauchwandung entfernt die Unterbindungsschlinge zeigte und bis auf einige cm von seinem Ursprung trocken mumificirt war, eine kleine blasige Geschwulst, an deren linker unteren Parthie sich die Nabelschnur verlor. Die Geschwulst sass breit auf und war kuppelförmig; auf ihrer Basis griff einige mm hoch die Bauchhaut, in einem rothen wulstigen Ring gegen die Geschwulst sich absetzend, über. Dieselbe hatte, vom Niveau der Bauchdecke an gerechnet, eine Höhe von ungefähr

1 $\frac{1}{2}$  cm; ihre Grösse entsprach der einer Kirsche. Die Oberfläche von einer gelben, ziemlich dicken Schorfhaut bedeckt, welche gegen die Basis zu bereits in einigen Fetzen flottirte und gelockert, sonst noch fest adhärent war: die oberflächlichen Wandschichten der Geschwulst also schon der Gangraenescenz verfallen. Beim Schreien bauchte sich der Tumor vor und wurde prall, in der Ruhepause liess er sich durch leichten Druck verkleinern, und man fühlte, wie ein lufthaltiges Organ (Darm) sich in die Bauchhöhle drängen liess. Verdauung und Darmausleerungen dauernd normal. Was thun? expectatives Verfahren, percutane Ligatur, Laparotomie? Die Amnionhülle war bereits der Mortification anheimgefallen, der erste Act einer bei einer kleinen Hernie zu erhoffenden Naturheilung eingeleitet; durch die Gangraen verbot sich die sofortige Vornahme der percutanen Ligatur oder Laparotomie von selbst; Ruptur momentan nicht zu befürchten. Also abwartende Therapie, nur 2 Mal täglich Reinigung mit 3 % Carbollösung, leicht comprimirender Jodoformsalbenverband, weiterhin Abtragung des Nabelstrangrestes und Entfernung gelockerter brandiger Partikel. Am 14. Tage der Behandlung, als der Abstossungsprocess beendet war und überlegt wurde, ob nicht jetzt die Ligatur angebracht sei, war plötzlich die Hernie völlig verschwunden und nur der normale Nabeltrichter zu sehen! Das normale Retractionsbestreben des Nabelgefässstumpfes hatte sich auch wirksam auf den kleinen, mit demselben verwachsenen Bruchsack erwiesen und diesen mit in die Bauchhöhle gezogen, wobei gewiss die leichte Compression des Verbandes unterstützend einwirkte! Dass diese Art Naturheilung nur bei so kleinen H. zu erhoffen ist, ist wohl klar.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 51.)

**Herpes.** Bei **Herpes zoster** empfiehlt Kaposi folgende Therapie: Wenn die Bläschendecken erhalten sind, Aufstreuen von Amylum und Deckverband mit Watte. Bei H. zoster haemorrhagicus aber, oder wenn die Bläschen dicht beieinander stehen und ihrer Decke verlustig gegangen sind, was die Schmerzen beträchtlich erhöht, Application von:



**Rp.**

*Acid. boracic.* 5,0  
*Glycerin. q. s. ad solut.*  
*Ung. simpl.* 150,0  
*Cocain.*  
*Extr. Opii. aa* 1,5.  
 M. f. ung.

Gegen die häufig zurückbleibenden Neuralgieen vorzüglicher Erfolg bei interner Medication von Sol. arsenic. Fowl., während Arsen, in anderer Form verabreicht, oft im Stich lässt.

(Allgem. Wiener medic. Ztg. 1895 No. 1.)

- Franzen stellt ein 8jähriges Kind mit **Herpes zoster pharyngis** vor. Auf der linken Seite des harten und weichen Gaumens, sowie auf der Uvula erblickt man jetzt einen gelbgrauen schmutzigen Belag, der aus der Ulceration kleiner Bläschen entstanden ist. Die Fortsetzung der Affection bildet ein typischer H. zoster der Nasolabialfalte. Die Erkrankung ist streng einseitig, genau mit der Mittellinie abschliessend. — Siegheim berichtet über einen H. zoster facialis bei einem 75jährigen, an Arteriosclerose, vor allem der Coronararterie, leidenden Manne, bei dem typische Bläschen am rechten Ohr läppchen unter neuralgischen Erscheinungen entstanden waren. Da der Kranke über Brennen im Munde klagte, untersuchte man diesen und fand Herpesbläschen auf der rechten Zungenhälfte und der rechten Seite des Gaumens und der Uvula. 8 Tage darauf Entwicklung einer Facialisparese. Autor nimmt sowohl für den H., als für die Facialislähmung die gleiche arteriosclerotische Erkrankung des Gehirns (Blutung?) als Ursache an. — G. Lewin führt einen Fall an, bei dem nach einer Trepanation mit Verletzung des Gehirns sich ein H. zoster ausbildete. Ferner hebt er das Bestehen eines toxischen H. zoster (Arsenik, Kohlenoxyd) hervor. — Hoffmann hat in mehreren Fällen von Diabetes H. zoster gesehen und mahnt, bei letzteren stets den Harn auf Zucker zu untersuchen.

(Dermatolog. Vereinigung zu Berlin, 12. Februar 1895. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1895 No. 18.)

**Intoxicationen.** Dr. A. G. Wollenmann (Ferdinand, U. St. A.) hat bei einem Falle von **Morphiumvergiftung**

eclatanten Erfolg mit **Kal. permang.** erzielt. Ein Morphinist hatte innerhalb 24 Stunden über 1 gr Morphinium verzehrt. Patient in lethargischem Zustande, ohne Bewusstsein, vollkommen anästhetisch, Puls langsam, schwach, aussetzend, Athmung mühsam, Pupillen stark contrahirt. Therapie: zunächst schwarzer Kaffee mit Brandy. Sofort ausgebrochen. Tüchtige Abwaschung des Kopfes und der Brust mit kaltem Wasser, subcutane Injection von 0,001 Atropin. Verschlimmerung: Puls sehr langsam, Herzaction äusserst schwach, Pupillen stark contrahirt. Jetzt intern:

**Rp.**

*Kal. permang. 0,2*  
*Aq. dest. 4,0*

Nach 20 Minuten noch keine Besserung. Daher subcutane Injection von 10 Tropfen der gleichen Lösung. Nach 8 Minuten sichtliche Besserung: Pupillen erweitert, Bewegungen, Sprechen einiger Worte. Starker schwarzer Kaffee und Brandy wird gereicht und nicht erbrochen. Tiefer, ruhiger Schlaf. Nochmals Injection von 5 Tropfen der **Kal. permang.** Lösung. Puls wird voll, Athmung leicht, Pupillen normal. Patient erholt sich rasch und ist Tags darauf gesund. — 5 Tage später lernte Autor das Mittel auch bei einer **Opiumvergiftung** schätzen. Ein 36jähriger Mann hatte aus Versehen eine grosse Menge Opium genossen und lag nun  $1\frac{1}{2}$  Stunde später stark comatös, mit heftigen Intoxicationerscheinungen da. Magenpumpe, innerlich und subcutan **Kal. permang.** Nach 3 Stunden Patient ausser Gefahr.

(Der prakt. Arzt 1894 No. 6.)

- Boenneken berichtet von einem **Fall von Bromaether-Vergiftung**, den er erlebte, nachdem er in den letzten 2 Jahren etwa 600 Betäubungen mit Bromaethyl ohne üblen Zufall ausgeführt hatte: Patientin, 19 Jahre alt, zwecks Vornahme einer Zahnoperation mit ca. 15 gr Aether bromatus (vollkommen reines Präparat) narkotisirt. Gleich nach den ersten Athemzügen ungewöhnlich starke Excitation, nach  $1\frac{1}{2}$  Minuten ruhige Narkose, in der die Entfernung einiger Zahnreste vorgenommen wurde. Erwachen erst nach 10 Minuten (sonst nach 3—4), gleich darauf Erbrechen. Patientin kleidet sich an und fährt nach Haus. 2 Stunden nach

der Narkose findet Autor sie in tiefem Coma, Hände und Füße kalt, Puls klein, kaum fühlbar, aber regelmässig und nicht beschleunigt, Athmung oberflächlich und etwas frequent (alle 3 Minuten werden die Inspirationen sichtlich mühsamer und tiefer, und nach 6—10 tiefen Athemzügen stockt die Athmung vollständig  $\frac{1}{2}$  Minute lang, dann setzt sie mit einer tiefen Inspiration wieder ein und bleibt oberflächlich bis zum nächsten Anfall). Durch Schlagen mit einem nassen Handtuch Patientin wachgerufen, klagt über Luftmangel und Gefühllosigkeit in Händen und Füßen. Selbst tiefe Nadelstiche in die Wade nicht percipirt. Schluckbewegungen sehr erschwert und schmerzhaft. Sobald man mit den Versuchen, durch Schlagen und Rütteln die Patientin wachzuhalten aufhört, versinkt letztere wieder in Coma. 19 Stunden nach der Narkose erwachte Patientin, klagt über Athembeschwerden, Schmerzen in allen Gliedern, grosse Hinfälligkeit. Athmung immer noch oberflächlich, aber regelmässig. Keine Rückerinnerung. Während der nächsten Tage langsames Erholen. — Höchst auffallend, dass Patientin sich von der Narkose bereits erholt zu haben schien und erst später von so schwerer Intoxication befallen wurde, die namentlich Lähmung des Athmungscentrums herbeizuführen drohte.

(Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn. — Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 2.)

- E. Macfairlain hat bei **Bleikolik** mit bestem Erfolge Chloroform (10 Tropfen, zuerst  $\frac{1}{2}$ stündlich, später bei Nachlassen der Schmerzen 2—3stündlich wiederholt) gegeben.

(Americ. Therapist 1894 No. 4. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1895 No. 12.)

- E. Grósz stellt einen 29jährigen Patienten mit **vollständiger Erblindung durch Bandwurmmittel** vor. Der Kranke, der früher auf dem linken Auge schwach, rechts gut sah, nahm am 9./1. eigenmächtig je 8 gr Extr. filic. mar. aeth. und Extract. punic. granat. Tags darauf Bewusstlosigkeit und Diarrhoë, am 11./1. auf beiden Augen totale Erblindung. Dieselbe wurde auch am 15./1. in der Augenklinik neben maximaler Dilatation der Pupillen und normalem Augenhintergrund constatirt; am 21./1. zeigte sich Decoloration der Pupillen und seither entwickelt sich beiderseits immer mehr die Atrophia

nervi optici. Besonders gefährlich ist die gleichzeitige Darreichung von Extract. filic. und Ricinusöl, worin die giftige Filixsäure sich leichter löst! Auch unser Patient hatte vorher Ricinusöl genommen.

(Kgl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest, 26. Januar 1895. — Wiener medic. Presse 1895 No. 7.)

**Ischias.** Welche Vorsicht bei der Diagnose „Ischias“ geboten ist, zeigt wieder ein von Dr. J. Schreiber (Aussee-Meran) beobachteter Fall, wobei es sich um einen 57jährigen Collegen handelte, der seit etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahren an einer sehr quälenden und arbeitsunfähig machenden, beiderseitigen Ischias leiden will, die anfangs nur die rechte Extremität betraf, nachher aber auch auf die andere Seite übersprang. Daneben rapide Abmagerung (20 kg Abnahme!). Viele Aerzte consultirt, allerlei Curen! Die Schmerzen wurden immer heftiger, die Bewegungen mühsamer, die Kraft und Ernährung liessen immer mehr nach. Symptome einer regelrechten I. Beide Nervi ischiadici sowohl an ihrer Austrittsstelle aus dem Becken, als in ihrem Verlaufe längs der Oberschenkel in hohem Grade empfindlich. Trotzdem sofort Verdacht auf Neubildung in der Beckenhöhle! Dafür sprachen das fahle Aussehen des Patienten, die rasche Abmagerung, das Uebergreifen des Processes auf die andere Seite. Untersuchung per anum. Unmittelbar über dem Schliessmuskel harte, umfangreiche, besonders nach rechts sich ausbreitende Geschwulst fühlbar. Bald darauf Exitus. Der Fall mahnt, bei älteren Personen, welche an I. leiden, sorgfältig das Abdomen zu untersuchen!

(Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 2.)

**Meningitis cerebrospinalis.** Wir haben jüngst (Excerpta, d. J., Seite 102) berichtet, dass Dr. Aufrecht in einem Falle mit heissen Bädern eine Heilung erzielt hat. Jetzt bringt Dr. J. Woroschilsky (Odessa) zur Kenntniss, dass er bei 2 Fällen von M. mit diesen heissen Bädern (täglich ein Bad von  $32^{\circ}$  R. 10 Minuten lang) ebenfalls sehr günstige Resultate erreicht hat. Bei dem ersten Beginn dieser Behandlung am 8. Krankheitstage, nach dem 8. Bade Heilung. Bei dem anderen, der mit

Herzschwäche complicirt war, am 5. Tage Beginn der Bädertherapie, nach 15 Bädern Heilung trotz Complication mit einer exsudativen Pericarditis, die unter dieser Behandlung gleichfalls sehr günstig verlief.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 2.)

**Neuralgien.** Dr. De Buck und Dr. Vanderlinden haben das **Salophen** bei 23 Fällen von verschiedenen nervösen, mit Schmerzen einhergehenden Affectionen angewandt und damit 17 Fälle vollständig geheilt und 2 gebessert; günstige Erfolge unter 3 Cephalalgien 2 Mal, 2 Ischias 1 Mal, 3 Odontalgien 3 Mal, 7 Gesichtsneuralgien 6 Mal, 4 Lumboabdominal-Neuralgien 3 Mal, 2 Inter-costalneuralgien 1 Mal, 2 Pleurodynieen 1 Mal. Meist waren dabei grössere Dosen nöthig, 3—5 gr pro die, manchmal aber, besonders bei Odontalgien, genügten kleinere, täglich 1—2 Mal à 0,5—0,75. Unangenehme Nebenerscheinungen fehlten, das Mittel ist geschmack- und geruchlos.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 1.)

**Pertussis.** Dr. S. Rehfeld (Ahrenfelde) theilt einen Fall von **Heilung eines Keuchhustens durch eine Chloroform-inhalation** mit. Ein 5 Jahre altes Kind litt seit 6 Monaten an P., und alle Medicamente vermochten nichts dagegen. Da zog sich der Knabe eine Oberschenkel-fractur zu und wurde ziemlich tief chloroformirt. Von Stund an Keuchhusten verschwunden! Vielleicht handelte es sich hier um mehr als einen blossen Zufall.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 2.)

— Dr. Karl Francke (München) hat bei 2 Fällen **Kreosot und Chinin** mit günstigem Erfolge angewandt und bittet um weitere Prüfung dieses Vorgehens. Er ging von der Ueberzeugung aus, dass eine schwere Beeinträchtigung der an P. erkrankten Kinder der massenhafte in den Magen geschluckte Schleim darstellt, dass durch diesen Schleim die Verdauung verschlechtert und das Erbrechen befördert wird, dass andererseits aber Kreosot ein vorzügliches Mittel zur Anregung der Verdauung ist. Darum gab er beiden Kindern (beide 7 Jahre alt) Kreosot 0,05 sorgfältig gemischt mit Pulp. Tamarind. dep. 0,2 in Gelatinekapselform je nach einer Nahrungsaufnahme. Wie

oft eingenommen werden sollte, darüber wurde keine feste Schablone aufgestellt, die Kinder bekamen im Durchschnitt täglich 2—3 (hatten sie viel gehustet, mehr, bis 5, sonst 2, auch nur 1 pro die). Nachts wurde, wenn die Aftertemperatur über  $38^{\circ}$  war, 0,3 Chinin. mur. ebenfalls in Kapseln, gegeben, auch 2 Mal, wenn die Kinder unruhig waren. Der Erfolg der Behandlung war, dass die Kinder wieder genügend Nahrung aufnahmen und behielten, weniger husteten und bessere Nächte hatten. Kleineren Kindern müssen die Gaben natürlich verringert werden, also

Kindern über 6 Jahre	Kreosot	0,05	} je in Pulp. Tamarind. dep. 0,2
„ von $4\frac{1}{2}$ —6 Jahren	„	0,04	
„ von 3— $4\frac{1}{2}$	„	0,03	
„ von $1\frac{1}{2}$ —3	„	0,02	
„ bis zu $1\frac{1}{2}$	„	0,01	

Man giebt anfangs 1—2 Mal täglich eine Kapsel, nach einigen Tagen bei häufigem Husten öfter, bis 5 Mal, stets mit Speisen oder Getränken zugleich. Fiebern die Kinder, so dürfte sich empfehlen, auch Chinin. mur. zu geben, und zwar Kindern unter 2 Jahren 0,1, bis zu 4 Jahren 0,2, über 4 Jahren 0,3 in Kapseln. Mit einer solchen Gabe beginne man schon bei geringem Fieber und wiederhole sie im Bedürfnissfall während der Nacht bis höchstens 3 Mal.

(Der ärztl. Praktiker 1895 No. 3.)

**Pruritus.** Auf eine Briefkasten-Anfrage nach einem guten Mittel bei einem *P. senilis* geben 3 Praktiker Auskunft. Der eine empfiehlt Kleienbäder sowie allabendliche Abwaschungen des Körpers mit  $40^{\circ}$  Wasser, dem 2 Esslöffel zugesetzt werden von:

Rp.

*Acid. carbolic. 4,0*  
*Acet. aromat. 200,0,*  
M. D. S. Aeusserlich!

Darauf Bepudern mit:

Rp.

*Bismuth. salicyl. 20,0*  
*Amyl. 90,0.*  
M. f. p.

Dazu intern zweckmässig *Natr. salicyl.* (2—3 gr pro die). — Der zweite lässt 2  $\times$  täglich folgende Salbe aufstreichen, die auch für stark juckende Ekzeme aller Stadien empfehlenswerth ist:

**Rp.**

*Tumenol.* 5,0—10,0

*Resorbin.* 100,0.

M. f. ung.

Der dritte theilt mit, dass er in 2 Fällen Erfolg hatte von folgender Behandlung: Einpinselung des ganzen Körpers mit:

**Rp.**

*Ol. Rusc.*

*Ol. Fag. aa* 50,0

*Spir. vin. rectific.*

*Ol. Oliv. aa* 25,0.

M. D. S. Aeusserlich:

Nachher Bad von 27—28° R.  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde, dann Abseifung mit grüner Seife unter lauer Douche, Reinigung und Abtrocknung, schliesslich Einfettung mit *Vaselin. flav.* oder:

**Rp.**

*Acid. salicyl.* 2,0

*Tinct. benz.* 4,0

*Vaselin. flav.* 94,0.

M. f. ung.

Bei empfindlicher Haut anfangs die Dauer des Bades durch Verkürzung der Zeit und die Theermischung durch 2—5fachen Zusatz von *Ol. Olivar.* zu modificiren.

(Aerztlicher Central-Anzeiger 1894 No. 52.)

- Ueber die **medicamentöse Behandlung des P. vulvae** lässt sich F. Benicke (Berlin) folgendermaassen aus: Von inneren Mitteln werden wir Gebrauch machen, wenn z. B. Icterus, Nephritis, Diabetes im Spiele sind oder Schlaflosigkeit und Erregung zu bekämpfen sind. Bei der localen Behandlung ist zunächst festzustellen, ob pathologische Secrete vorhanden sind. Besteht auch nur geringer Fluss, so lässt Autor dauernd Tampons aus Jodoformgaze oder aus Watte mit Bor-Resorbin bestrichen tragen.

Bestehender Blasenkatarrh ist durch Ausspülungen zu beseitigen, thierische Parasiten sind möglichst schnell zu vertilgen. Gegen das Jucken selbst nimmt Autor mehrmals wöchentlich Betupfen mit 5—10 % Carbol-säurelösung vor, wenn nöthig, nach voraufgegangener Cocainbepinselung. Daneben gebrauchen die Patientinnen Einreibungen mit Bor- oder Salicylpaste, darüber wird dick 5 % Wismuthpulver gepudert. Bei sehr hochgradigem Jucken wird Abends ein Sitzbad mit roher Pottasche verordnet, zur Nacht 5—10 % Cocainsalbe.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 9.)

**Rhinitis.** Dass von der Nase ausgehende Reflexirritabilität mannigfache Krankheitsbilder erzeugen kann, ist für den Arzt zu wissen äusserst wichtig, damit er event. auch ohne Symptome der Nase letztere untersucht und behandelt. Das beweisen wieder einige von Dr. Ignatz Moskovitz (Budapest) beobachtete Fälle: 19jähriger junger Mann kann seit 3 Jahren nicht ordentlich essen und trinken. Das getrunkene Wasser bleibt im Niveau des Larynx stecken und wird sofort durch Husten erbrochen, Brodrinde und andere consistente Nahrung wird nur heruntergebracht, wenn alles vorher mit Fett eingehüllt worden ist; aber auch da noch ist das Essen sehr schwierig, die Augen treten heraus, die Adern am Halse schwellen an, Schweiss rinnt von der Stirn. Das Uebel entstand vor 3 Jahren ohne Veranlassung und zeigte bisher trotz continuirlicher localer Behandlung keine Besserung. Laryngoskopische und Digitaluntersuchung resultatlos, dicke Schlundsonde passirt anstandslos die betreffende Stelle. Rhinoskopie ergibt: starke Hyperämie der Nasenschleimhaut, bedeutende Schwellung beider unteren Nasenmuscheln. Nach Cocaineinpinselung schon vermag Patient Brod herunterzubringen, die galvanokaustische Zerstörung der geschwellten Nasenmuscheln befreit den Kranken gänzlich von seinem Leiden. — 2 Kinder im Alter von 12 und 14 Jahren leiden seit längerer Zeit an Husten, eines hustet nur am Tage, das andere nur Nachts. An Larynx und Lungen nichts zu finden, dagegen in der Nase Schwellung der Muscheln. Galvanokaustik. Heilung. — Hier war der Husten also blosser Reflexerscheinung, ebenso wie es sich im 1. Falle um reflec-



torischen Oesophaguskrampf handelte (das Fetteinhüllen der Speisen wirkte hier deshalb, weil die Bissen, gut eingehüllt, eben nur einen minimalen oder gar keinen Reiz mehr auf die überaus irritirten Schlundnerven ausübten, wesshalb die Reaction unterblieb).

(Orvosi Hetilap 1894 No. 31. —  
Pester med.-chirurg. Presse 1894 No. 48.)

- Bei **Schnupfen** ist nach Mourel Einathmung von **Jodoformdampf** sehr gut. Er lässt Jodoformwatte in beiden Nasenlöchern tragen und sah immer sehr rasche Heilung.

(Union méd. 1895 No. 2. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 8.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Dr. Recht

beobachtete die **Urinentleerung bei Wöchnerinnen** in der Klinik Baudeloque in Paris, um die Frage klarzustellen: „Sollen Wöchnerinnen bei längerer Harnverhaltung nach der Geburt katheterisirt werden oder nicht?“ 291 Wöchnerinnen entleerten alle spontan nach der Geburt Urin, und zwar im Durchschnitt 13 Stunden nachher (bei den 150 Primiparis 1. Urinentleerung im Durchschnitt 15 Stunden nachher, kürzeste Zeit 2, längste 36 Stunden; bei den 141 Multiparis 1. Urinentleerung durchschnittlich 10 Stunden nachher, kürzeste Zeit 1 Stunde, längste 47 Stunden). Verletzungen des Dammes und Gewicht der Kinder schienen ohne Einfluss zu sein, Zangen- oder Steissgeburt hatten Verzögerung zur Folge. Während in den anderen Pariser Hospitälern 12 Stunden post partum, falls nicht Urin spontan abgeht, katheterisirt wird, wartet man in der Klinik Baudeloque so lange, als die Wöchnerin keine Schmerzen hat, selbst wenn die spontane Urinentleerung sich 48 Stunden verzögert. Von 6666 dort in den letzten 4 Jahren Entbundenen nur 20 katheterisirt! Lageveränderungen oder Nachblutungen dabei nicht beobachtet! Sobald erst einmal katheterisirt wird, muss man das in den nächsten Tagen wiederholt thun, lehrte die Erfahrung.

(Thèse de Paris 1894. —  
Wiener medic. Presse 1894 No. 52.)

- Dr. Nicolas Warmann (Kielce) empfiehlt warm **Asa foetida** in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis. Das Mittel wirkte z. B. sehr günstig ein bei Abortus

imminens; wenn es auch nicht den drohenden Abort aufzuhalten vermochte, so liessen doch die Blutungen bedeutend nach, die Kreuz- und Leibschmerzen blieben vollständig aus und traten erst kurz vor der Geburt auf und nach derselben blieb regelmässig die Blutung aus. Es bewährte sich so bei 56 Fällen, wobei es als Klysma (25—30 Tropfen Tinct. As. foetid. in 2—3 Esslöffel Wasser) verabfolgt wurde. Sehr gute Erfolge auch bei habituellem Abort zu verzeichnen. Hier wurde verordnet:

**Rp.**

*Gummi resin. As. foetid. 6,0*

*F. pill. No. 60.*

S. 2 Pillen täglich und nach und nach bis zu  
10 Pillen täglich mit allmäliger Verminderung bis zur Geburt.

Z. B. bei einer 35jährigen Frau, die in den letzten 9 Jahren 14 Mal abortirt hatte, verlief bei dieser Ordination die letzte Gravidität ideal. Auffallend günstig wirkte das Mittel auch gegen die nervösen Symptome der Frauen ein, gegen die Cardialgieen, asthmatischen Anfälle, Hemicrania, Dysmenorrhö, besonders aber gegen habituelle Obstipation, wie sich Autor bei 200 Fällen überzeugte.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 1.)

— Zemann demonstriert das Präparat einer **Extrauterinschwangerschaft**, welches dadurch interessant ist, dass der Foetus zu einer relativ beträchtlichen Grösse herangewachsen war (ca. 6 Monate), dass ferner der abgestorbene Foetus noch weitere 12 Monate getragen wurde, bis es innerhalb des Eisackes zu theilweise fettiger Degeneration der Frucht und späterhin durch Entzündung und durch Infection, wahrscheinlich vom anliegenden Dünndarm her, zur Eiterung und Jauchung und schliesslich zu tödtlicher Peritonitis kam.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 22. Februar 1895. —  
Wiener medic. Presse 1895 No. 8.)

— Dr. Farrer hat bei 2 Fällen mit Cocain bei **Rigidität des Muttermundes im Verlaufe der Geburt** überraschenden Erfolg erzielt, wie er in einer der letzten Sitzungen der Obstetrical Society of London berichtete. In dem einen Falle hatte er vergeblich versucht, den Cervix mit

Hilfe von Chloral, Bromnatrium, Morphinum zu dehnen, und auch der beharrliche Versuch einer mechanischen Dilatation mit und ohne Chloroform misslang. Daher Application einer 10% Cocainlösung, eigentlich behufs Vornahme einer Incision; aber nach 5 Minuten Muttermund weit dilatirt! Die zweite Patientin, 48 Jahre alt, wie die erste I para, zeigte ebenfalls trotz aller angewendeten Mittel keine Dilatation des Muttermundes. Nachdem 3 Tage gewartet worden, Application des Cocains, worauf nach 4 Minuten sich der Erfolg deutlich kundgab.

(Brit. med. Journ. 1894 No. 1768. —  
Wiener medic. Presse 1895 No. 2.)

- Ein **neues Verfahren zur Behandlung der Placenta praevia centralis** lernte Dr. Nijhoff (Amsterdam) durch einen Zufall kennen. Am 5./3. 94 wurde er zu einer III para am Ende der Gravidität gerufen, von der er wusste, dass sie Placenta praevia hatte. Weil der Gebärmutterhals noch nicht für den Finger zugänglich, die Blutung nicht schlimm war, auch noch Wehen fehlten, nur Scheidentamponade mit Jodoformgaze. Abends 7 Uhr hatte sich der Tampon gelöst und lag vollständig (etliche Meter eines langen Gaze-streifens) mit Blutgerinnseln durchsetzt in der ballonförmig ausgedehnten Scheide. Hals für 2 Finger durchgängig, im inneren Muttermund nur Placentargewebe zu fühlen. Autor beschloss, die combinirte Wendung auf den Fuss zu machen. Durchbohrung der Placenta leicht, dagegen war das Amnion sehr kräftig und wich, sich von der Placenta lösend, dem Fingerdruck aus. Bei einer Wehe stülpte sich nun die Blase in den Riss der Placenta hervor. Autor liess nun das Amnion intact, hoffend, dass die Blase den Riss in der Placenta erweitern und der Placenta die Gelegenheit schaffen würde, sich der Ausdehnung ihrer Unterfläche anzupassen. Die Blase konnte sowohl als Dilatator, als auch als intrauteriner Tampon ausgezeichnete Dienste erweisen. Neue Tamponade der Scheide und ruhiges Abwarten. Es kam kein Blut mehr, bald setzten Wehen ein, die Nachts kräftiger wurden; 4 Uhr Morgens Abfluss des Fruchtwassers, Tags darauf Nachmittag 4 Uhr Geburt eines kräftigen Kindes, nach  $\frac{1}{2}$  Stunde der Placenta, ohne Blutverlust, bei gutem Befinden der Wöchnerin. Die Placenta bildete mit den Eihäuten einen Sack, der nur

einen Riss hatte, durch welchen das Kind herausgetreten war. Aus dieser Geburtsgeschichte folgt:

1. Dass das Amnion sehr kräftig war und nur sehr lose mit der Placenta zusammenhing.
2. Dass die nur aus dem Amnion bestehende Fruchtblase auf ausgezeichnete Weise als intrauteriner Tampon functionirt hat.
3. Dass durch die Wehen nach einigen Stunden die Blase gesprengt ist, und weitere Wehen die Frucht durch den Riss hindurchgetrieben haben.
4. Dass der Riss in der Placenta keinen schädlichen Einfluss auf die foetale Circulation ausgeübt hat.
5. Dass die Placenta zum allergrössten Theil mit der Gebärmutterwand verbunden blieb, sodass die Placentarathmung ungestört fort dauerte.

Es geht hieraus nun folgende rationelle Methode zur Behandlung der Placenta praevia hervor: „Sobald der innere Muttermund für 1 oder 2 Finger durchgängig ist, durchbohrt man die Placenta vorsichtig, damit nicht das Amnion gleichzeitig mit durchbohrt wird. Man löse jetzt mit einem oder mehr Fingern das Amnion soweit wie möglich von der foetalen Seite der Placenta ab. Bei einer durch sanftes Reiben des Fundus uteri mit der äusseren Hand verursachten Contraction wird sich dann die aus dem Amnion bestehende Blase in den Riss hervorwölben. Hiernach warte man weiter ab, nachdem man unter aseptischen Cautelen die Scheide ziemlich fest mit Jodoformgazestreifen ausgestopft hat“. Wird unverhofft das Amnion gleich durchbohrt, dann soll daran die combinirte Wendung auf einen Fuss und das Herableiten der Hüfte in das untere Uterinsegment angeschlossen werden. Für viele Fälle wird die Methode nicht anwendbar sein, gewarnt vor ihr muss da werden, wo die Durchbohrung der Placenta nur mit Mühe zu Stande kommt (denn dann könnte die Cohäsion der eingerissenen Placenta noch grösser sein, als die Adhäsion zwischen Placenta und Gebärmutterwand und auch der Druck der Blase nicht hinreichen, um den Riss zu erweitern, sodass eine Lösung der Placenta unter erneuerter Blutung die Folge wäre), wenn aber in einer grösseren Reihe von Fällen sich bestätigt, dass das Verfahren die Blutung prompt stillt, dann kann auch erwartet wer-

den, dass das Leben des Kindes durch dies Verfahren weniger, als durch ein anderes gefährdet wird, denn dann wird es nicht nur die Lösung der Placenta auf ein Minimum reduciren, sondern auch die Erhaltung der Fruchtblase bis auf vollkommene Erweiterung des Muttermundes zulassen.

(Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 8.)

- Dr. A. Palchowsky (Dorpat, Frauenklinik) beobachtete einen **Fall von Placenta praevia bei Zwillingen**, ein sehr seltenes Vorkommniss.

(Ibidem.)

**Syphilis.** Ungewöhnlicher Sitz eines Primäraffectes wurde von Dr. Voll (Würzburg) beobachtet, nämlich am Rücken, ungefähr in der Gegend der 10. Rippe. Wie die Infection erfolgte, unbekannt. Das 22jährige Dienstmädchen kam nicht wegen des Ulcus, sondern wegen Müdigkeit und heftigster nächtlicher Kopfschmerzen. Letztere erregten den Verdacht auf S., und in der That fand sich jenes exulcerirte Gebilde, ein charakteristisches Ulcus durum, ausserdem zahlreiche Roseolaflecke und in der Mitte der rechten Clavicula eine einzige, linsengrosse Papel.

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 5.)

- A. Bruck stellt einen **Fall von doppelseitiger syphilitischer Erkrankung des äusseren Gehörganges** vor, wegen seiner Seltenheit interessant. Es handelt sich um Condylomata lata. Der 27jährige Patient, im September 94 inficirt und dann 2 Mal specifisch behandelt (Injectionen und Pillen), empfindet seit 4—6 Wochen, nachdem vorher Exanthem und Halsbeschwerden aufgetreten, juckende, mitunter stechende Sensationen in beiden Ohren, verbunden mit starken subjectiven Geräuschen; aus beiden Ohren entleerte sich eine dünnflüssige, übelriechende Flüssigkeit und das Gehörvermögen nahm allmähig ab. Jetziger Status: Beide Gehörgänge weit hinein fast vollständig mit flachen, röthlichen und grauröthlichen Excrescenzen ausgefüllt, die zum Theil charakteristischen speckigen Belag zeigen und ein dünnseröses, übelriechendes Secret absondern. Infolge der hochgradigen Verengerung der Gehörgangslumina Gehör sehr geschwächt. An

der linken Ohrmuschel ein speckiges, granulirendes Ulcus von länglicher Gestalt, welches sich mit seinen steilen, infiltrirten Rändern scharf gegen die Umgebung abgrenzt. — Bei flüchtiger Betrachtung Verwechselung mit Otitis externa simplex leicht möglich; allein das charakteristische Aussehen der Gebilde und die Coincidenz anderer Erscheinungen (am weichen Gaumen und an den Tonsillen, sowie diffuse Drüsenschwellungen) sicherten die Diagnose. Eine locale Infection wurde wegen der Doppelseitigkeit ausgeschlossen.

(Berliner medic. Gesellschaft, 1895, 6. Februar. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 7.)

- G. Lewin demonstrirt ein **syphilitisches Oedem des weichen Gaumens**. Defecte desselben bei S. sieht man recht oft, aber ihre Entstehung zu verfolgen ist recht schwer, da die Kranken wenig Beschwerden empfinden und erst zum Arzte kommen, wenn der Defect da ist. Patientin, die vor 20 Jahren eine specifische Cur durchmachte und bis jetzt gesund blieb und auch einem gesund gebliebenen Knaben das Leben schenkte, hat jetzt eine diffuse, blaurothe Verfärbung und starke Infiltration des weichen Gaumens und besonders der Uvula, die längere Zeit stabil geblieben ist. Es ist das eine gummöse Infiltration, die nicht nur zur Ulceration Veranlassung geben, sondern auch durch Betheiligung des Epiglottis zu Erstickungsanfällen führen kann. In 2 ähnlichen Fällen musste deshalb tracheotomirt werden.

(Dermatolog. Vereinigung zu Berlin 1895, 12. Februar. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1895 No. 18.)

- Lues der Orbita ist äusserst selten. Doc. Dr. Königstein behandelte einen **Fall von Gumma der Orbita**. Patientin zeigt folgende Symptome: Links ziemlich bedeutender Exophthalmus, keinerlei äussere entzündliche Erscheinung, entsprechend der Supraorbitalregion starke Schwellung, Sehvermögen stark herabgesetzt, der Bulbus nicht nach allen Richtungen hin gleich gut beweglich, Doppelbilder, ausgeprägte Stauungserscheinungen. Palpation ergab kleinapfelgrosse Geschwulst im Stirnbein, elastisch, weich, fluctuirend, über den Orbitalrand sich bis auf die obere Augenhöhlenwand erstreckend, sodass der scharfe Rand nicht abtastbar war und der Finger

zwischen Bulbus und Augenhöhlenwand nicht eindringen konnte; auch hier am Orbitalrande Geschwulst elastisch, weich, fluctuirend. Gleichzeitig rechts am Unterkiefer, nahe am Gelenke grosse Geschwulst von gleichem Charakter, Schwellung am linken Knie und Schmerzhaftigkeit daselbst. Lues wird geleugnet. Man denkt an Osteosarkom, giebt aber den Gedanken wegen des guten Aussehens der Kranken auf. Verordnung: Kal. jod. in grossen Dosen. Schon nach einigen Tagen deutlicher Erfolg, jetzt nach 5 Wochen, nach Einnehmen von 80 gr Jodkali alle Erscheinungen verschwunden ausser einer Verdickung des Orbitalrandes. Die verschiedenen Geschwülste waren also sicher Gummien.

(Wiener medic. Club, 13. Februar 1895. —  
Wiener medic. Presse 1895 No. 8.)

— Prof. Dr. Lesser (Bern) giebt zur **Fürsorge für die aus dem Spital entlassenen Syphilitischen**“ diesen, sobald sie das Spital verlassen, eine Karte mit, bei der eine Seite für Notizen des Arztes freigelassen ist, während die andere folgende aufgedruckte Sätze enthält:

„Sie leiden an einer venerischen Krankheit (Syphilis).

Ihre Krankheit ist ansteckend und bleibt es einige Jahre lang.

Sie müssen sich deshalb in Acht nehmen, dass Sie Ihre Krankheit nicht auf Andere übertragen durch Küssen oder sonstige nähere Berührung, durch Schlafen in dem gleichen Bette mit Anderen oder durch gleichzeitige Benützung derselben Ess- und Trinkgeschirre mit Anderen.

Ihre Krankheit ist nicht mit einer einmaligen Cur zu heilen.

Sie werden voraussichtlich in einiger Zeit wieder etwas von Ihrer Krankheit spüren (z. B. offene Stellen oder Schmerzen im Munde oder im Hals oder an den Geschlechtstheilen, oder Ausschlag am Körper).

Sobald Sie solche Erscheinungen spüren, müssen Sie sich sofort wieder in einem Krankenhaus oder bei einem Arzt behandeln lassen.

Aber auch wenn Sie nichts spüren, sollten Sie sich etwa alle 4 Monate in einem Krankenhaus oder bei einem Arzte vorstellen, um vielleicht eine Cur zu machen.

Diese Cur muss nicht nothwendigerweise in einem Krankenhause gemacht werden, sondern Sie werden bei der Cur wahrscheinlich Ihre Arbeit weiter verrichten können.

Nur wenn Sie etwa 3 Jahre lang mehrmals im Jahre eine ordentliche Cur durchmachen, werden Sie voraussichtlich von späteren, schweren Erscheinungen Ihrer Krankheit (z. B. Knochenfrass, frühzeitiger Gehirnschlag) verschont bleiben.

Erst 4—5 Jahre nach der Ansteckung und nur nach Einholung ärztlicher Erlaubniss dürfen Sie sich verheirathen, da sonst die Krankheit auf Ihre Frau (Mann) übertragen werden würde und die Kinder dieselbe erben würden.

Bei entsprechender Behandlung ist Ihre Krankheit sehr wohl heilbar.

Heben Sie diese Karte auf und zeigen Sie dieselbe Ihrem Arzt, für welche Krankheit auch immer Sie ihn um Rath fragen.

Zeigen Sie diese Karte sonst Niemandem.“

(Versammlung des ärztl. Centralvereins, Olten am 3. November 1894. —  
Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 2.)

- Dr. O. Palmer (Hamburg, Altes Allgemeines Krankenhaus) veröffentlicht „**Untersuchungen über die Residuen recenter S. bei Weibern bezüglich ihrer Häufigkeit und ihrer diagnostischen Bedeutung.**“ Verzeichnet wurden nur die gröberen, augenfälligen Merkmale einer überstandenen S., aber nicht die tiefgehenden Veränderungen des tertiären Stadiums, wie Gaumenperforation, Knochenveränderungen u. s. w., da diese ja ungemein typische Bilder darstellen und andererseits nur das contagiöse Frühstadium der S. hauptsächlich in Betracht kam. Untersucht wurden 600 Weiber, zur Hälfte Puellen, die also beim Ausbruch der Krankheit sofort gründlich behandelt wurden, zur Hälfte Umhertreiberinnen, bei denen also das Leiden zuerst vernachlässigt oder verborgen gehalten wurde; bei letzteren konnten Residuen des luetischen Processes fast regelmässig constatirt werden, während es bei den Puellen Mühe kostete, besonders typische Spuren aufzufinden. Die Narbe des Primäraffectes liess sich meist erkennen bald an livider, bald braunrother Farbe; an den äusseren Genitalien bleibt die Narbe als solche noch bis zum Schluss des 1. Halbjahres sichtbar, dem gegenüber pflegen die Narben auf den Schleimhäuten nur ausnahmsweise noch längere Zeit nach Ueberhäutung des Initialaffectes nachweisbar zu sein. Die Induration der Narbe per-



sistirt meist nur kurze Zeit; 3 Monate post infectionem ist sie nur ausnahmsweise vorhanden, 3 Mal konnte sie noch nach  $\frac{1}{2}$  Jahr, 1 Mal 2 Jahre nach der Infection nachgewiesen werden. Bei 80 $\frac{0}{0}$  luetisch inficirt Gewesener kommt es zu einer Chlorose; selbst Mädchen vom Lande, die sich zur Zeit des Primäraffectes einer blühenden Gesundheit erfreuten, boten während des secundären Stadiums das typische Bild der Chlorose. In etwa 45 $\frac{0}{0}$  fand sich, mit letzterer vereint, deutliche Struma, namentlich der Seitenlappen; diese in der Frühperiode der S. auftretende Struma persistirt Jahre lang und wird durch Schmiercuren in ihrem Volumen nicht reducirt. Wichtiges Stigma für durchgemachte S. ist auch die Hypertrophie und eigenthümlich gitterhafte Zerklüftung der Tonsillen, wie sie sich im Verlaufe des ersten Jahres nach der Infection ausbildet und in etwa 60 $\frac{0}{0}$  vorfand. Die Drüsen-schwellung bildet sich im Laufe der Jahre und nach gründlichen Schmiercuren fast vollkommen zurück: bei 30 $\frac{0}{0}$  bereits nach Ablauf von 3 Jahren kein Drüsentumor mehr zu constatiren, in 70 $\frac{0}{0}$  fand sich ein solcher, und zwar allgemeine Drüsen-schwellung in 10 $\frac{0}{0}$ , Inguinaldrüsen in 60 $\frac{0}{0}$ , Cervicaldrüsen in 45 $\frac{0}{0}$ , Submaxillardrüsen in 10 $\frac{0}{0}$  geschwollen. Exantheme hinterlassen sämmtlich Pigmentsyphilide ausser der Roseola, die ohne Pigmentbildung abheilt; charakteristische, ohne weiteres durch ihren Sitz (Nasenflügel, Grenze der behaarten Kopfhaut, Handteller und Fusssohlen) oder ihre Anordnung auf S. hinweisende Pigmentflecke als Residuen von specifischen Exanthemen fanden sich im 1. Jahre bei 55 $\frac{0}{0}$ , im 2. Jahre bei 25 $\frac{0}{0}$  und über das 2. Jahr hinaus nur noch bei 5 $\frac{0}{0}$  der untersuchten Fälle. Die Spuren einer Psoriasis palmaris und plantaris pflegen  $\frac{1}{2}$  Jahr nach der Behandlung geschwunden zu sein. Am charakteristischsten bleiben die Narben der breiten Condylome an den grossen Labien und um den After herum; erbsen- bis 10 pfennigstückgrosse, pigmentlose, etwas elevirte Stellen, von einem pigmentirten Saum umgeben, liefern das typische Bild dieser Residuen. Aber auch sie schwinden mit der Zeit; länger wie nach 2 Jahren waren sie nach durchgemachten Schmiercuren nicht mehr zu constatiren, in 50 $\frac{0}{0}$  fanden sie sich bis zum Ende des 2. Jahres. Ebenfalls scheint eine Verdickung der den After radiär umgebenden Hautfalten für einen durchgemachten luetischen

Process zu sprechen, herrührend von breiten Condylomen oder Hyperplasieen in der Umgebung von Analfissuren. Von den Resten der Schleimhautefflorescenzen ist mit Ausnahme jener gitterartigen Oberfläche der Tonsillen nach einer antiluetischen Cur so gut wie nichts mehr zu constatiren, ebenso hinterlassen selbst tiefgreifende ulceröse (chankriforme) Syphilide der Vaginalportion in der Regel keine sichtlichen Narben. Hartnäckiger persistiren die Plaques opalines auf Mundschleimhaut und Zunge, Epitheltrübungen und Verdickungen als Reste der Psoriasis linguae et mucosae oris. Sie sind ein wichtiges Merkmal durchgemachter S. und waren in 8% nachweisbar; sie fehlen allerdings meist im 1. und 2. Jahre nach der Infection und stellen sich erst im 3. und 4. Jahre ein. Die Alopecia syphilitica, charakterisirt durch diffus über den Kopf zerstreute, besonders in der Schläfengegend localisirte Inseln, die der ganzen Kopfhaut ein zerzaustes, gerupftes Aussehen geben, ist auch bei solchen zu finden, die nie am Kopfe eine luetische Affection hatten; sie war in 35% der Fälle vorhanden, und zwar pflegt sie  $\frac{1}{2}$ —1 Jahr nach der Infection ihr Höhestadium zu erreichen, im 2. Jahre fand sie sich nur bei 45%, im dritten bei 15%, im vierten nur ausnahmsweise und sehr gering. Leukoderma zeigte sich bei 70%, am constantesten bei Individuen mit recidivirender Frühsyphilis; sein Bestehen erstreckt sich über 2 Jahre hinaus bei etwa 50%, in etwa 15% war es noch deutlich nach Ablauf von 4 Jahren nachzuweisen. Es ergiebt sich also, dass während der ersten 2 Jahre nach Entstehen der Krankheit bei den nicht, wie die Prostituirten, regelmässig und gründlich behandelten Weibern ein sehr charakteristisches Ensemble vorhanden ist, nämlich Chlorose (80%), Drüsenschwellung (70%), Struma (45%), hypertrophische, mit gitterartigen Narben versehene Tonsillen (60%), areoläre Alopecie (35%), auf der äusseren Haut ferner: Leukoderma (70%), Pigmentflecke als Residuen von papulosquamösen und pustulösen Exanthemen (55%), Narben von breiten Condylomen und hypertrophischen Perinealfalten (50%). Gegen Ende des 2. Jahres ändert sich aber das Bild sehr rasch, und es bleibt alsdann von allen diesen Residuen für die folgenden Jahre nur noch das Leukoderma übrig, dagegen kommen

die Plaques opalines (8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) hinzu. Man kann also sagen, wo man jenes Ensemble findet, handelt es sich durchschnittlich immer um eine S., die nicht älter ist, als höchstens 2 Jahre, und man kann ferner behaupten, je jünger, mithin je gemeingefährlicher die S. ist, desto vollständiger ist der Complex jener Stigmata vorhanden. — Dass diese Untersuchungen für den Praktiker von grosser Wichtigkeit, z. B. bei der Ammenfrage sind, ist klar.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 5.)

**Tabes dorsalis.** Dr. L. Schuster (Aachen) veröffentlicht einige **Erfahrungen über Behandlung der T.**, von denen folgende wichtig sind: Viele Fälle, namentlich solche, bei denen die Gesamtconstitution in Folge des langdauernden Krankheitsprocesses sehr geschwächt ist, vertragen eine mercurielle Behandlung nicht, aber es giebt Fälle, wo eine solche sehr gut vertragen wird und auch entschieden günstig einwirkt, selbst wenn ein Zusammenhang mit Syphilis nicht zu eruiren ist. Aber der Tabiker darf durch die Behandlung nicht geschwächt werden, nicht an Körpergewicht verlieren! Desshalb neben Bädern und Inunctionscuren tonisirende Mittel! Autor empfiehlt kleine Dosen Sublimat, Arsenik und Strychnin, d. h. so dosirt, dass sie das ganze Jahr hindurch gegeben werden können, ohne dass sie Verdauung und Allgemeinbefinden stören.

**Rp.**

*Arsen. 0,05*

*Strychnin. 0,1*

*F. pill. No. 100.*

S. 1—2 Stück täglich.

Gleichzeitig oder abwechselnd damit Sublimatpillen (à 0,001—0,025). Je nachdem es der einzelne Fall erheischt: warme Bäder (27—28 R.), kalte Abreibungen, kurzdauernde kalte Douchen (namentlich bei Blasen-schwäche!), schonende Zimmergymnastik. Sehr wichtig regelmässige Stuhlentleerung und Harnentleerung; ein gefüllter Darm, eine gefüllte Blase erschweren das Gehen, bereiten Schmerzen und Paraesthesien. Gegen schmerzhaften Blasenstenismus Eisbeutel auf's Perineum in einem Falle bewährt. Mit Morphinum sei man sehr vorsichtig! Bei andauernden, erschöpfenden

gastrointestinalen Krisen ist es nicht zu entbehren. Bei anderen Neuralgien greife man zu Lactophenin, Salipyrin, Antifebrin.

(Dermatolog. Zeitschrift 1895 Bd. II Heft 1.)

**Typhus abdominalis.** Dr. Fritz Hölscher (Mühlheim a. Rhein) hat schon früher **Guajakolcarbonat** bei T. warm empfohlen und thut das von Neuem auf Grund von 100 beobachteten Fällen, von denen nur 3 (schwere und spät zur Behandlung gekommene) letal endigten. Die Behandlung ist sehr einfach; man giebt nur früh und Abends 1—2 gr des Mittels, Bäder sind nicht erforderlich, bei hohem Fieber dagegen Antipyretica, am besten Chinin, das aber nur in mässigen Dosen verabfolgt zu werden braucht. Der T. wird durch die Guajakolcarbonat-Behandlung sehr verkürzt und gemildert, ebenso die Reconvalescenz.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1894 No. 103.)

— Lyonnet (Lyon) empfiehlt folgendes **Culturverfahren zur raschen Isolirung und Diagnosticirung des Typhus-Bacillus**: Man entfärbt gewöhnliche Bouillon mit Thierkohle und versetzt sie dann mit 1‰ Carbolsäure, 2‰ Milchzucker und einer geringen Menge Congoroth. Infolge des Zusatzes der Carbolsäure können nur der Typhusbacillus und das Bacterium coli sich entwickeln. Handelt es sich weder um diesen, noch um jenes, so bleibt die Bouillon klar, bei Vorhandensein des Typhusbacillus erscheint die Bouillon trübe, aber roth (keine Vergährung des Milchzuckers), bei Vorhandensein des Bacterium coli ist die Bouillon verfärbt und violett (Verfärbung des Congofarbstoffes infolge der durch Fermentation des Milchzuckers sich entwickelnden Milchsäure).

(I. Congrès français de méd. interne, 25. October 1894. — Wiener klin. Rundschau 1895 No. 2.)

**Ulcus cruris.** H. Langes (Welzheim) hat mit **Ung. hydrarg. rubr.** sehr befriedigende Resultate erzielt. Er wandte das Präparat zuerst unvermischt an, später mit Vaseline 1:1 oder 1:2 vermischt. Die Anwendung des Ung. hydrarg. rubr. rief die ersten Tage sehr heftige Schmerzen hervor, doch sie verloren sich gegen den 3. Tag entweder ganz oder doch zum grössten Theil; gleichzeitig erhielt der

Geschwürsgrund ein reines Aussehen, und gesunde Granulations- und Narbenbildung trat ein; bei der 2. Form 1:1 waren die Schmerzen weniger heftig und die obigen Wirkungen traten erst gegen den 4.—5. Tag ein; bei der 3. Form waren die Schmerzen nicht verstärkt, vom 6. Tage an waren sie geringer, vom 14. Tage ab ganz verschwunden und die eitrige Secretion hörte gegen den 8. Tag völlig auf und machte einer serösen Platz. Der Salbenverband wurde täglich erneuert und die Salbe, etwa messerrückendick auf Leinwand gestrichen, aufgetragen. Zur Einwickelung der Extremität dienten Flanell- oder Tricotbinden; letztere wurden von den Patientinnen vorgezogen. Die Behandlung geschah entweder bei absoluter Bettruhe oder bei Beibehaltung der gewöhnlichen Beschäftigung; bei ersterer war natürlich der Heilungsprocess beschleunigt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1894 No. 48.)

**Urethritis.** Dr. M. Köhler (Preblau) behandelt **Gonorrhoe** mittelst einer „absolut verlässlichen Methode“, die er in Paris an Guyon's Klinik kennen lernte und dann selbst bei zahlreichen Fällen mit Erfolg anwandte. Zunächst kommt es auf genaue Untersuchung an. Man fahndet zunächst an den äusseren Genitalien auf Krypten um den Canal, Urethralabscesse u. s. w., da dieselben häufig Gonokokken enthalten und daher besonders behandelt werden müssen. Sodann sucht man Urethralsecret zu erlangen, um dieses behufs mikroskopischer Untersuchung mit Methylenblau zu behandeln: man zieht das mit Secret bestrichene Deckgläschen 3 Mal durch die Flamme, legt es 2—3 Minuten lang in concentrirte wässrige Methylenblaulösung und wäscht es. Ist es nicht möglich, ein gonokokkenhaltiges Secret aus der Urethra zu erhalten, so instillirt man eine Argent. nitric. Lösung (1:2000), wodurch die Secretion angeregt wird und die etwa vorhandenen Gonokokken sich rasch vermehren. Hat man es mit U. anterior oder totaler U. zu thun, so schreitet man sofort zur Auswaschung der Urethra mit Kal. hypermang. mittelst eines 2 Liter fassenden Glasirrigators mit 2 Meter langem Schlauche und conischem, kurzem Glasansatzrohre (erhältlich bei R. Siebert in Wien). Die vordere Harnröhre wird abschnittsweise irrigirt: man klemmt mit 2 Fingern der linken Hand zuerst

die Urethra unter der Glans ab und irrigirt nun bei 50 cm Druckhöhe mit einer 1:1000 Kal. permang. Lösung. Sodann klemmt man den Penis etwa in der Mitte, dann in der Pars membranacea ab und irrigirt; auf diese Weise wird das etwa vorne angesammelte Secret zuerst entfernt und nicht in die Tiefe der Harnröhre geschleudert, die etwa noch nicht inficirt ist. Man presst dabei die Canüle tiefer in die Harnröhrenmündung und lässt die stets lauwarme Lösung in die Blase fließen (man fordert den Patienten auf, den Sphincter vesicae zu entspannen, d. h. sich zum Uriniren anzuschicken, wobei sofort die Lösung einfließt; sonst event. Instillation einer 1% Cocainlösung in die hintere Harnröhre mittelst Guyon'schen Apparates). Nach jeder Application Bedeckung der äusseren Harnröhre mit dünner, in Kal. permang.-Lösung getauchter Watte und Befestigung derselben mit Bindentouren (zur Verhütung von Reinfektion von aussen z. B. eingetrockneten Borken an den Leinen). Je acuter die Entzündung, desto schwächer die Lösung (1:4000—1000, bei U. anterior sogar bis 1:500). Im Stadium acutissimum keine Irrigationen, nur Antiphlogose! In acuten Fällen Irrigationen am 1. Tage 3 Mal (event. das 4. Mal Nachts), am 2. Tage 3 Mal, am 3. Tage 2 Mal, vom 4. Tage ab 1 Mal so lange als noch Gonokokken im Secret sind. Bei chronischen Fällen alle 24 Stunden eine Irrigation. Anzahl der letzteren richtet sich nach dem Vorhandensein der Gonokokken. Sind diese eliminirt, nach 8 Tagen wieder Untersuchung auf Gonokokken; werden solche gefunden, erfolgen mehrere Irrigationen, nach weiteren 8 Tagen dann Untersuchung nach einer Instillation von Argent. nitric., nach weiteren 14 Tagen nach dem 1. Coitus. Zur Unterstützung der Cur: strenge Diät und Verabreichung von Preblauer Wasser, das die Reizzustände und Schmerzen sehr lindert.

(Wiener medic. Presse 1894 No. 53.)

**Zahnschmerz.** Dr. Marchandé empfiehlt als rationelles **Verfahren:** Zunächst wird die Zahnhöhle von event. Fremdkörpern gereinigt und mit lauwärmer antiseptischer Flüssigkeit mittelst einer Spritze ausgewaschen. Hierauf wird in die Zahnhöhle ein Wattebäuschchen eingelegt, das mit folgender Mischung getränkt ist:

Rp.

*Acid. carbolic. crystall.**Cocain mur.**Menthol. aa 1,0**Glycerin. 20,0*

M. D. S. Aeusserlich!

Darüber wird die Zahnhöhle durch Benzoëharz oder Collodium oder Sandarak geschlossen, und die Application eines der letzteren Mittel noch 2 Mal innerhalb der nächsten 24 Stunden wiederholt.

(Journ. des pratic. August 1894. —  
Wiener medic. Presse 1894 No. 50.)

— Als vorzügliches Mittel wird Odontol empfohlen, das folgende Zusammensetzung hat:

Rp.

*Cocain. hydrochloric.**Aq. Laurocer.**Tinct. Arnic. aa 1,0.**Liq. ammon. acetic. 10,0.*

M. D. S. Aeusserlich!

Rührt der Z. von einem cariösen Zahn her, so tränkt man mit der Mischung einen Wattetampon und steckt diesen in das Loch; bei Entzündung des Zahnfleisches werden einige Tropfen an der schmerzhaften Stelle eingerieben.

(Rev. de therap. 1894 No. 22. —  
Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte.)



## Vermischtes.

---

- Ein **Trockenbett für Säuglinge**, von Prof. Krauts in München construirt, demonstrirt Heubner. Dieser Lagerungsapparat für kleine Kinder zur Verhütung von Durchnässung (zu beziehen von Goschenhofer & Roesicke in Berlin, Preis: M. 40) hat sich in der Charité sehr bewährt; Fälle von Intertrigo, selbst sehr unangenehme bei heruntergekommenen Kindern, heilten überraschend schnell ab, wenn die Kinder einige Tage in diesem Bett lagen, das auch für jene Fälle von Furunculosis, wie sie bei schlechter Verdauung vorkommen, geeignet sein wird. Bei dem Bett sind Windeln und Gummiunterlagen entbehrlich, Urin und Stuhl werden so entleert, dass keine Berührung der Haut des Kindes stattfindet. Das Bett ist so eingerichtet, dass eine aus Korbgeflecht bestehende Mulde mit Deckel unter dem Wickelbettchen angebracht ist; der Deckel dieser Mulde ist mit einer Oeffnung versehen, durch welche die Mündung eines Gummibeutels oder -sackes gesteckt wird, dessen untere Hälfte auf der Mulde ruht. Dieser Gummibeutel wird in passender Weise befestigt und seine aus dem Deckel der Mulde hervorragende Mündung gleichzeitig durch das Unterbettchen und durch das Betttuch hindurchgesteckt, welche natürlich ebenfalls entsprechend durchlöchert sind. Ein kleines Corsetchen, das mit dem Lager verbunden ist, dient dazu, dem Rumpfe, insbesondere dem Hintertheil des Kindes die nöthige constante Lage über dieser Oeffnung zu geben, und auch die Beine werden durch Gummibänder, welche an die Beutelmündung angehängt sind, ohne Druck und Zwang in geeigneter Lage festgehalten.

(Berliner medic. Gesellschaft, 13. Februar 1895. —  
(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 8.)



- **Die freie Aussicht durch die Fenster des Krankenzimmers hindurch** ist oft die einzige Annehmlichkeit und Zerstreuung, deren sich Kranke und Sieche während einer langen und trostlosen Periode ihres Lebens erfreuen können. Um ihnen diese auch im Winter zu erhalten, wo die Scheiben beschlagen und selbst gefrieren, genügt es, diese mit einer Mischung von 1 Theil Glycerin zu 20 Th. verdünnten Spiritus mittelst eines Lederlappens von Zeit zu Zeit zu überwischen, und kann man so mit Hilfe dieser einfachen und in jedem Haushalte vorhandenen Flüssigkeiten den Kranken dauernd die Aussicht offenhalten.

(Zeitschrift für Krankenpflege 1895 No. 1.)

- **Ueber das Zwerchfellphänomen und seine Bedeutung für die Praxis** lässt sich Prof. Dr. M. Litten (Berlin) aus. Er versteht unter Zwerchfellphänomen den sichtbaren Ausdruck der successive fortschreitenden Ablösung (oder Abhebung) des Zwerchfells von der Brustwand bei dessen Tiefortreten während der Inspiration, sowie seine successive fortschreitende Anlegung an die Brustwand beim Höhertreten während der Expiration. Dieser bei jeder Respiration sich wiederholende physiologische Vorgang giebt sich an der Brustwand deutlich zu erkennen durch das regelmässige Auf- und Absteigen einer schattenartigen Linie, die durch Bewegung des Zwerchfells hervorgerufen ist und dessen jeweiligen Stand untrüglich anzeigt. Dieser Schatten oder diese Wellenbewegung beginnt beiderseits etwa in der Höhe des VI. Intercostalraumes und steigt als gerade Linie oder seichte Furche (welche mit den Rippen einen spitzen Winkel bildet) bei tiefer Inspiration mehrere Intercostalräume weit, zuweilen bis an den Rippenbogen herab, um bei der Expiration um das gleiche Maass wieder in die Höhe zu steigen; während bei tiefster Respiration das sichtbare Spiel des Zwerchfells 2—3 Intercostalräume und darüber, i. M. 6 cm beträgt, schwankt es bei oberflächlicher Athmung nur um 1—1½ Intercostalräume, es kann ferner die ganze Breite der Thoraxseiten betragen oder nur auf einen kleinen Theil, z. B. zwischen Axillar- und Mamillarlinie sichtbar sein. Will man es gut sehen, so achte man auf horizontale Lage des zu Beobachtenden, tiefe ausgiebige Athemzüge desselben und gute Beleuchtung;

der Patient nehme also horizontale Rückenlage ein, den Kopf möglichst wenig unterstützt, gegenüber dem Fenster, das Gesicht diesem zugekehrt, während der Beobachter aus 3—4 Schritten Entfernung unter einem Winkel von ca.  $45^{\circ}$ , den Rücken nach dem Fenster gewendet, den unteren Thoraxabschnitt verfolgt. Wenn man mit einem Blaustift die Grenzen der sichtbaren Excursionen des Zwerchfells auf der Brustwand bezeichnet, so wird der obere Strich (etwa in der Höhe der VII. Rippe) die Expirationsstellung, der untere (in der Höhe der IX. Rippe) die Inspirationsstellung des Zwerchfells bei tiefer Respiration anzeigen. Beide entsprechen dem unteren Lungenrande resp. der oberen Lebergrenze bei In- und Expiration, die Differenz, der Ausschlag des Zwerchfells, ca. 6—7 cm betragend, früher nur durch Percussion nachweisbar, ist also jetzt mit einem Blick zu controliren, was namentlich äusserst angenehm ist für den, der rasch viele hinter einander zu untersuchen hat. Sofort sieht man, ob sich die Lungen normal ausdehnen, ob die Lungenränder sich in der richtigen Höhe befinden, ob Volumen pulmonum auctum vorliegt und in welchem Grade, ob die vitale Capacität geringer ist u. s. w. Jeder kleinere Ausschlag als 6—7 cm hat pathologische Bedeutung, falls eben Patient unbehindert und tief respirirt. Zunächst dann Lungenemphysem vorliegend, wo das Zwerchfell 1—2 Intercostalräume tiefer liegt; ebenso darf man auf Emphysem schliessen, wenn die sichtbare Zwerchfellbewegung bis zum unteren Rippenbogen reicht, was normal niemals der Fall ist. Durch das Tieferliegen des Phänomens und die kleineren Excursionen desselben also auf einen Blick Emphysem zu constatiren möglich! Sehr wichtig ist das Phänomen bei einseitigen Erkrankungen, namentlich bei der Differentialdiagnose zwischen pleuritischen Exsudat und subphrenischem Abscess; bei beiden macht das Zwerchfell einen viel kleineren Ausschlag, aber ein Blick genügt, um sich zu orientiren: ist das Zwerchfell oberhalb der Dämpfung zu sehen, so muss es ein subphrenischer Abscess sein, beobachtet man das Spiel des Zwerchfelles unterhalb der Dämpfung, so handelt es sich um ein pleuritisches Exsudat. Bei Empyem und Pneumonie des Unterlappens tritt wegen der Infiltration der Zwerchfellsmusculatur überhaupt keine Andeutung des

Phänomens auf der erkrankten Seite zu Tage. Wesentliche Dienste leistet das Phänomen ferner bei der Beurtheilung der Lungenthätigkeit nach pleuritischen Exsudaten und Verletzungen. Bei mehr oder weniger ausgebildeten pleuritischen Schwarten ist es mehr oder weniger deutlich zu sehen und gestattet im Vergleich mit seiner Grösse auf der gesunden Seite eine ziemlich sichere Abschätzung der Behinderung der Lungenthätigkeit. Andererseits kann so in streitigen Fällen Unfallverletzter mit Sicherheit festgestellt werden, dass eine Behinderung der Athmung resp. Ausdehnungsfähigkeit oder Verschieblichkeit der Lungen nicht besteht; Autor hat wiederholt die Behauptung Verletzter, nicht ordentlich athmen zu können (z. B. nach Verheilung von Rippenfracturen) als Simulation nachweisen können! Auch bei der Beurtheilung therapeutischer Erfolge, z. B. der Pneumotherapie bietet das Phänomen ein unfehlbares Mittel zu einer objectiven Erkenntniss; man kann direct sehen, wie sehr sich die Lungenthätigkeit von Tag zu Tag bessert, resp. nicht mehr bessert.

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1895 No. 1.)

## Notiz.

### Dr. UNNA's dermatologische Preisaufgabe für das Jahr 1895.

Da der Preis für die Aufgabe des vorigen Jahres nicht ertheilt werden konnte, so wird dieselbe für dieses Jahr noch einmal ausgeschrieben. Der Preis beträgt jetzt das Doppelte des vorigen, d. h. *ℳ* 600.

Die Aufgabe für 1895 lautet also wiederum:

*Es soll untersucht werden, ob und inwieweit die in neuerer Zeit aufgestellten Behauptungen, dass collagene, elastische Fasern und sesshafte (pigmentirte) Bindegewebszellen in die normale Stachelschicht hineinreichen, begründet sind.*

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang December 1895 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Die genaueren Bedingungen nebst praktischen Hinweisen zur Lösung sind von genannter Verlagsbuchhandlung zu beziehen.



## Bücherschau.

**Über subconjunctivale Kochsalzinjectionen und ihre therapeutische Wirkung bei destructiven Hornhautprocessen.** Von Dr. A. Marti in Basel. Basel und Leipzig 1895, Verlag von Carl Sallmann. 35 S.

Die kleine Arbeit sollte von jedem Arzte gelesen werden, der Augenpraxis betreibt. Sie enthält vor allem die Technik der Methode, die Begleiterscheinungen des Verfahrens und die Casuistik (Ophthalmolog. Klinik von Prof. Schiess in Basel). Die Krankengeschichten zeigen, welche Erfolge durch die einfache Methode erzielt wurden. In besonderen Capiteln (Erfolge, Epikrise) finden dieselben eine genauere Beleuchtung. Die Präcision der Resultate finden wir in des Verfassers Schlussfolgerungen:

1. Subconjunctivale Sublimatinjectionen beeinflussen destructive Hornhautprocesse günstig, führen jedoch zu adhäsiver Entzündung und Obliteration des subconjunctivalen Raumes.
2. Subconjunctivale Kochsalzinjectionen leisten uns wenigstens die gleichen Dienste ohne die Nachtheile der Sublimatinjectionen.
3. Die günstigen Erfolge der subconjunctivalen Injectionen beruhen überhaupt nicht auf der desinficirenden Wirkung der angewandten Lösungen, sondern auf der anregenden und beschleunigenden Wirkung auf die Lymphcirculation.
4. Die Anregung und Beschleunigung der Lymphcirculation hat nothwendiger Weise eine rasche Resorption und Elimination schädlicher Stoffe zur Folge, wodurch der Heilungsprocess gefördert wird.
5. Nach den Versuchen Heidenhain's gehört die Kochsalzlösung zu den kräftigsten lymphtreibenden Mitteln und haben wir für ihre von uns aus klinisch constatirte günstige Wirkung eine annehmbare physiologische Erklärung.

Die wichtigen und höchst interessanten Details muss man natürlich im Original nachlesen!

**Bibliothek der gesammten medic. Wissenschaften.**  
Herausgegeben von Prof. Dr. A. Drasche in Wien. Verlag  
von Karl Prohaska, Teschen in Schles. Preis der Lieferung: M. 1.

Wieder sind von diesem Riesen-Nachschlagewerk mehrere Lieferungen erschienen, welche von Neuem Zeugniß davon ablegen, dass der Herausgeber und seine zahlreichen Mitarbeiter fortdauernd bestrebt sind, das Unternehmen auf der Höhe zu erhalten, von der es ausging, d. h. jedes Thema in vorzüglicher Bearbeitung und dem modernen Standpunkte der Wissenschaft voll und ganz entsprechend dem Leser zu übergeben. Ausserdem zeichnet sich das Werk ja dadurch aus, dass jede Disciplin einzeln bearbeitet ist, sodass das Nachschlagen und die Uebersicht wesentlich erleichtert sind. Durch die vorliegenden Lieferungen 48/49 wird die Abtheilung „Pharmakologie und Toxikologie“ geschlossen; der 20 Hefte umfassende Band stellt ein vortreffliches Lehrbuch des Faches dar. Die Lieferungen 46/47 und 50 führen die Abtheilung „Geburtshilfe und Gynäkologie“ weiter und enthalten die Artikel „Fibrom“ bis „Instrumentarium zur Geburtshilfe“; auch in diesen Heften sind wieder ausgezeichnete Arbeiten hervorragender Fachschriftsteller enthalten.

**Compendium der gerichtsarztlichen Praxis.** Von  
Dr. J. Bornträger, Kreisphysikus. Leipzig 1894, Verlag von  
H. Hartung & Sohn. 690 S. Preis: gebd. M. 10,80.

Das vorliegende Compendium kann mit gutem Gewissen den Collegen empfohlen werden. Der Verfasser hat nicht nur die Litteratur in ausgiebiger Weise benützt, sondern auch die eigenen reichen Erfahrungen in dem Werke niedergelegt, welches auf jede wichtige Frage genügend Bescheid giebt und vor allem das praktische Leben, die praktische Thätigkeit berücksichtigt. Manche Themata, die auch in grösseren Lehrbüchern unbeachtet gelassen sind, z. B. Unfallsverletzungen nebst deren Folgen für die Erwerbsfähigkeit und deren Begutachtung, Kunstfehler, Hypnose, Suggestion u. s. w. findet man bearbeitet, ebenso Schemata für gerichtliche Leichenöffnungen mit einem Resumé über beachtenswerthe pathologisch-anatomische Zustände. Alle einschlägigen Gesetze, Erlasse, Entscheidungen, Ministerial-Verordnungen sind berücksichtigt, kurz, alles was man in der gerichtsarztlichen Praxis braucht, ist registrirt und man wird nicht vergebens sich Rath und Auskunft in dem Buche suchen.

**Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten.**  
Von Prof. Dr. Hirt. 2. Auflage. Wien und Leipzig 1894, Verlag  
von Urban & Schwarzenberg. II. Bd. 593 S. Preis: M. 12.

Ausser dem klassischen Werke von Strümpell haben wir kein neueres Werk über Nervenkrankheiten gelesen, das so der Empfehlung werth wäre, wie das Hirt'sche. Der Autor beherrscht den Gegenstand vollkommen, er ist ungemein belesen und versteht es, die Erfahrungen Anderer und die eigenen so zu verarbeiten, dass das Interesse des Lesers bis zur letzten Seite gefesselt wird. Der Verfasser hält sich in seiner Diction glücklicherweise von geschraubten Redewendungen und Weitschweifigkeiten fern, was bei einem solch schon von Natur aus nicht so leicht verständlichen Gebiet besonders hervorgehoben werden muss, und so kommt es, dass man das Buch ziemlich rasch lesen kann und dabei doch ein volles Verständniss erlangt. Auch dem Studirenden wird desshalb das Werk die besten Dienste leisten, zumal dasselbe zahlreiche recht instructive Abbildungen enthält, die zum grössten Theil vorzüglich gelungen sind.

**Die augenärztlichen Operationen.** Von Prof. Dr. W. Czermak. Heft 6/7. Wien 1894, Verlag von Carl Gerold's Sohn. Preis: M. 4.

Wir haben bereits beim Erscheinen der ersten Hefte dieses bedeutenden Werkes die Vorzüge desselben wiederholt hervorgehoben, sodass es heut wohl genügt, das Erscheinen dieser beiden zu einem Buche vereinigten Hefte anzuzeigen, welche die Augenhöhlenoperationen und die Operationen an den Augenmuskeln enthalten und wieder mit zahlreichen ausgezeichneten Abbildungen versehen sind, welche das Verständniss der operativen Eingriffe sehr erleichtern.

**Anleitung zur Untersuchung und Wahl der Amme.**  
Von Dr. F. Schlichter. Wien 1894, Verlag von Josef Sáfar. 68. S. Preis: M. 2,50.

Es ist mitunter keine leichte Aufgabe für den Arzt, event. unter mehreren Ammen die beste herauszufinden, und namentlich dem in die Praxis erst eintretenden Collegen, dem meist jeder praktische Unterricht in derlei Untersuchungen fehlt, dürften die hieraus erwachsenden Schwierigkeiten nicht selten einiges Kopfzerbrechen machen. Bisher fehlte es auch an einem Leitfaden, der hierbei Rathschläge ertheilen konnte, und es muss daher das Bestreben des

Verfassers, diesem Mangel abzuhelpen, dankbar anerkannt werden, zumal das Werkchen wirklich in Wort und Bild das Thema durchaus erschöpft und nach jeder Richtung hin die nöthigen Unterweisungen in klarer, präziser Form giebt, zugleich die neuesten Forschungen auf diesem Gebiete allenthalben berücksichtigend. Das Büchlein kann dem Praktiker warm empfohlen werden.

**Die chirurgische Nachbehandlung.** Von Dr. J. Mathon. Wien 1894, Verlag von Josef Sáfar. 94 S. Preis: M. 2.20.

Der Student sieht in der Klinik, wie operirt wird, aber nur selten ist ihm Gelegenheit geboten, zu beobachten, was nach der Operation bei dem Kranken vor sich geht, wie die Therapie weiterhin eingreift und die natürlichen Vorgänge unterstützt. Auch an einer zusammenfassenden Darstellung des Themas hat es bisher gefehlt, und es ist ein Verdienst des Verfassers, diese Lücke ausgefüllt zu haben. Als Operateur an der Albert'schen Klinik hat er natürlich alles das in den Vordergrund gestellt, was daselbst in Bezug auf Nachbehandlung chirurgischer Krankheiten geschieht. Die Capitel „Maassnahmen vor und nach der Operation“, „Allgemeine Maassregeln während der Nachbehandlung“, „Während der Nachbehandlung auftretende allgemeine Symptome und ihre Bedeutung“, „Die Nachblutung“, „Die localen Vorgänge an der Wunde“, „Die Wundkrankheiten“ geben in bester Weise über alles Wichtige Auskunft.

Im gleichen Verlage sind erschienen (genauere Besprechung vorbehalten):

**Ueber Uterusruptur.** Von Dr. R. Braun v. Fernwald. 83 S.

**Die Behandlung der Gelenkstuberculose und ihre Endresultate aus der Klinik Albert.** Von Dr. Josef Preindlsberger. 258 S.

**Histologie.** Ein kurzes Lehrbuch von Dr. E. Bannwarth Leipzig 1894, Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner) 198 S. Preis: M. 5.—.

Ein so weites Gebiet in einen so engen Raum zu zwängen, kann keinesfalls leicht sein. Dem Verfasser ist das Kunststück; wenn auch nicht durchwegs, so doch im Allgemeinen recht gut gelungen, so dass das Büchlein dem Zwecke, dem es nach des Autors

eigenen Worten dienen soll, nämlich ein Führer, ein „Reise-Handbuch“ durch das Gebiet der Histologie zu sein, genügt. Der Student wird namentlich vor dem Examen das Werkchen als Repetitorium gern benützen und der Arzt wird es, wenn er sich rasch über etwas orientiren will, was er nicht mehr oder noch nicht weiss, als Nachschlagebuch schätzen lernen. 132 Abbildungen sorgen dafür dass wir auch das Wichtigste im Bilde vor uns sehen, dass diese Abbildungen oft schematisch gehalten sind, erweist sich dabei als ganz zweckmässig.

**Neurologische Beiträge.** Von P. J. Möbius. Leipzig 1894, Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner). 2 Bde. I. Bd. 210 S. Preis: M. 4.—. II. Bd. 138 S. Preis: M. 3.—.

Der auf dem Gebiete der Neurologie wohlbekannte und wohlverdiente Autor hat auch durch die Herausgabe dieser neurologischen Beiträge sich ein Verdienst erworben. Es ist hier eine Zusammenstellung von verschiedenen Aufsätzen zu finden, die der Autor zum grössten Theil früher in Fachblättern publicirt hat und die deshalb nicht Jedermann leicht zugänglich gewesen sind. Heft I enthält zahlreiche Arbeiten, von denen wir nur hervorheben wollen die Artikel „Hysterie“, „Ueber Abasie-Astasie“, „Bemerkungen über Simulation bei Unfall-Nervenkranken“, „Ueber den Werth der Elektrotherapie“, „Ueber Freiheit, Zurechnungsfähigkeit, Verantwortlichkeit“. In Heft II bespricht Möbius genauer „Akinesia algera“, „Die Lehre von der Nervosität“, „Seelenstörungen bei Chorea“. Beide Bände bringen viel des Interessanten und Wissenswerthen.

In demselben Verlage sind erschienen  
(Besprechung vorbehalten):

**Die Gicht.** Von Sir Dyce Duckworth. Deutsch von Dr. Dippe. 290 S. Preis: M. 8.—.

**Ueber Trugwahrnehmung (Hallucination und Illusion).** Von Edmund Parish. 246 S. Preis: M. 7.—.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*



Verlag von CARL SALLMANN in Basel und Leipzig.

---

In meinem Verlage ist erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

## Schema

vom

# Faserverlauf im Rückenmark.

---

Nach den neueren Forschungen zusammengestellt

von

**E. VILLIGER.**

---

Dieses sehr anschauliche und für Ärzte wie für Studierende der Medicin ausserordentlich werthvolle Schema besteht aus einer Farbentafel auf Halbcarton mit Textbeilage von 20 Seiten in 8° und ist in allen Buchhandlungen zu haben für

***Mk. 1.20 = Fr. 1.50.***

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

*Mai*

*IV. Jahrgang*

*1895*

**Alkoholismus.** Prof. Zdekauer empfiehlt *Aqua chlori* bei chronischem A., besonders wenn derselbe mit alkoholischer Gastritis einhergeht. Er lernte die Wirksamkeit dieses Mittels zufällig kennen: er behandelte einen Patienten mit chronischem Säufermagenkatarrh und verschrieb:

**Rp.**

*Aqua chlori 8,0*  
*Decoct. Alth. 165,0*  
*Sacch. alb. 8,0.*

S. 2—3 stündl. 1 Esslöffel zu nehmen.

Unter dieser Medication wurde nicht allein die Gastritis geheilt, sondern der Appetit kehrte zurück, das hypochondrische Stadium verschwand und gleichzeitig zeigte sich der Kranke von dem mächtigen Drange zu trinken, welcher ihn seit Jahren beherrscht hatte, befreit. Das Mittel bewährte sich noch bei 40 Fällen. Bei schwächeren Patienten gebe man von dem Mittel 3—4 Mal täglich 15 Tropfen in irgend einem schleimigen Vehikel.

(Wiener medic. Presse 1895 No. 5.)

**Anaemie, Chlorose.** Dr. W. Cubasch (Stansstad, Schweiz) hat das **Ferropyrin** (Knoll & Co. in Ludwigshafen a. M.), also die Verbindung von 1 Molecül Eisenchlorid mit 3 Molecülen Antipyrin, bei ca. 80 Fällen angewandt; die meisten waren chlorotische und anämische Mädchen und Frauen, ein kleiner Theil chronische Diarrhoën, theils in Folge von Enteritis, theils in Folge von tuber-

culösen Processen im Darm, bei welch letzteren naturgemäss der Erfolg auch nicht den Erwartungen entsprach, wenssion in den meisten Fällen eine Abnahme der Zahl der diarrhoischen Entleerungen zu constatiren war. Im Uebrigen aber waren die Erfolge, die in den 4 Jahren der Anwendung erzielt wurden, sehr zufriedenstellende, besonders bei chlorotischen und anämischen Zuständen, und hier wieder namentlich in solchen Fällen, die mit Kopfschmerzen, Migräne, Gastralgieen und ähnlichen Neuralgieen einhergingen. Gegeben wurde das Mittel in Einzeldosen von 0,05 3—4 Mal täglich, bei acuter Anämie, ebenso bei chronischer Diarrhoë oft die doppelte, ja dreifache Dosis. Das Mittel wurde sehr gut vertragen, und oft blieben nach 5—6 tägigem Gebrauche die bis dahin beständigen Kopfschmerzen dauernd weg, der Appetit schien günstig beeinflusst zu werden, wie überhaupt die ganze Körperenergie schon nach kurzer Zeit (3—4 Wochen) sichtlich zunahm. Gewöhnliche Verordnung bei einfacher Chlorose:

**Rp.**

*Ferropyrin. 0,6*

*Syr. Cort. aur. 20,0*

*Aq. dest. 180,0.*

M. D. S. 3× täglich 1 Esslöffel voll.

Bei dyspeptischen Beschwerden Zusatz von Pepsin sehr nützlich:

**Rp.**

*Ferropyrin. 0,6*

*Acid. mur. dil. gtt. V.*

*Pepsin. germ. sol. 5,0*

*Aq. dest. 200,0*

M. D. S. Nach jeder Mahlzeit 1 Esslöffel voll.

Bei Herzpalpitationen empfehlenswerth:

**Rp.**

*Ferropyrin. 0,6*

*Tinct. Valer. aeth. 4,0*

*Aq. dest. 200,0.*

M. D. S. 2—3× täglich 1 Esslöffel voll.

Bei chronischen Darmkatarrhen:

**Rp.**

*Ferropyrin. 0,6—1,0*

*Tinct. Opii simpl. 2,0*

*Aq. dest. 200,0.*

M. D. S. 3 stündl. 1 Esslöffel.

**Rp.**

*Ferropyrin. 0,6—1,0*

*Tinct. Colomb. comp. 10,0*

*Aq. dest. 190,0*

M. D. S. 3 stündl. 1 Esslöffel.

Was bei Verabreichung des Ferropyrin besonders in die Augen fällt, ist die rasche Abnahme der Schmerzsymptome; bestehende nervöse Symptome, wie Kopfschmerz, psychische Verstimmung, Gastralgie u. s. w. verlieren sich oft schon nach einer Woche, und auch die übrigen Erscheinungen lassen bald nach.

(Wiener medic. Presse 1895 No. 7.)

- Prof. C. v. Noorden (Frankfurt a. M., städt. Krankenhaus) beleuchtet seine **Principien der diätetischen Behandlung der Chlorose**: Chlorotische, welche von Haus aus mager sind oder es in der Krankheit werden, reiche man eine reichliche, den Fettansatz begünstigende, dabei für den Magen reizlose Kost, besonders reichlich also Butter und leichtverdauliche Amylaceen, die Quantität der Eiweisskörper braucht man nicht über das gewöhnliche, von jungen Mädchen aufgenommene Maass (ca. 80—100 gr pro die) zu steigern. Um ferner die Ausgaben zu mindern und die Erhöhung des Körpergewichtes zu begünstigen, wird man diesen Kranken von jeder entbehrlichen Muskulararbeit und jedem vermeidbaren Wärmeverlust abrathen, unter Umständen sogar für eine gewisse Zeit dauernde Bettruhe anempfehlen. Handelt es sich um gut ernährte Chlorotische, so wird man ihnen freistellen, soviel Eiweissstoffe zu essen, wie sie wollen, mindestens aber 120 gr pro die, daneben wird man soviel Fette und Kohlehydrate gestatten, dass im Ganzen der Nährwerth der Kost 36 Calorien pro Körperkilo nicht übersteigt. Z. B. für eine gut genährte, mässig fettreiche Patientin von 60 Kilo würde Autor folgende Diät für zweckmässig halten:

120 gr Eiweiss	=	492 Calorien
60 gr Fett	=	558 „
270 gr Kohlehydrate	=	1110 „

Summa 2160 Calorien (36 Cal. pro Kilo).

Mit dieser Kost kann sich ein chlorotisches Mädchen, welche nicht stärkere Muskelanstrengungen macht, als ein ruhiges Leben durchschnittlich bringt, im Gleichgewicht halten, wobei schon mässige Bewegung in freier Luft berücksichtigt ist. Der Aufenthalt in freier Luft soll auf das höchste Maass ausgedehnt werden, weil hierdurch zweifellos die Blutbildung angeregt wird, dagegen

darf Bewegung im Freien nur in dem Rahmen der natürlichen Leistungsfähigkeit stattfinden, d. h. die Patientinnen dürfen müde, aber nicht abgespannt von ihren Spaziergängen heimkehren. Alkohol wird entschieden zuviel angewendet, in der Meinung, dass Wein, namentlich Rothwein, die Blutbildung aufbessere. Das ist nicht richtig, Beziehungen zwischen Alkohol und Blutbildung sind unbekannt und höchst unwahrscheinlich. Alkohol ist nur ein starker Fettbildner und eignet sich daher, mässig genossen, für magere Chlorotische, bei den zu Fettansatz Neigenden aber soll man damit zurückhalten, wenn nicht sonstige Indicationen vorliegen. Auch in Betreff der Vertheilung der Nahrung huldigen wir falschen Principien. Die in Deutschland herrschende Sitte, am frühen Morgen eine sehr kleine, am Abend eine mittlere Mahlzeit zu geniessen und den Schwerpunkt auf das Mittagessen zu legen, ist für alle Kranken, besonders für Chlorotische, unzweckmässig. Letztere fühlen sich in den Vormittagstunden am hinfälligsten und mattesten, welchem Zustande man am besten durch Darreichung eines möglichst kräftigen Essens entgegenarbeiten kann. Namentlich ein hoher Eiweissgehalt der ersten Mahlzeit ist zu empfehlen, da die Verdauungsproducte der Eiweisskörper sehr schnell in die Circulation aufgenommen werden, schnell genug, um jenem Zustand der Hinfälligkeit ein Ende zu machen. Kohlehydrate und Fette werden langsamer resorbirt und leisten daher die gewünschte Erfrischung und Belebung nicht in gleichem Maasse, nur die Eiweisskörper (ähnlich auch der Alkohol!) brennen alsbald nach der Aufnahme gleichsam mit schnell auflodernder Flamme. Autor empfiehlt chlorotischen Mädchen für die Morgenstunden folgende Diät: Vor dem Aufstehen, also noch im Bett, langsam (etwa während  $\frac{1}{3}$  Stunde)  $\frac{1}{2}$  Liter Milch bester Qualität trinken.  $\frac{1}{2}$  Stunde später aufstehen, dann kurze Frottirung der Haut mit trockenen, rauhen, wollenen Tüchern. Dann Frühstück: kleine Tasse Thee, 1—2 Schnitten Toast mit Butter und sehr viel Fleisch (kalt oder warm, Fleisch oder Fisch).  $2\frac{1}{2}$  Stunden später etwas Brod mit Butter und 2 Eier, unmittelbar darauf  $\frac{1}{4}$  Liter Milch, event. auch zugleich 1 kleines Glas Sherry. Für die übrigen Mahlzeiten will Autor keine besonderen Vorschriften geben.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 10.)

**Arznei-Exantheme.** West beobachtete 2 Fälle von **Phenacetin-Exanthem**. Ein Patient nahm 2 Kapseln à 0,3 Phenacetin. 3 Stunden darauf Gesicht, Brust und Arme völlig bedeckt mit einem scharlachartigen, mässig juckenden Exanthem. Nach 2 Stunden war dasselbe verschwunden. Sonst vollkommene Euphorie. Später zeigte sich der gleiche Ausschlag noch öfters, stets wenn Patient Phenacetin genommen hatte. Der 2. Fall betraf eine Frau, die gegen Anfälle von Facialis-Neuralgie Dosen von 0,3—0,9 Phenacetin zu nehmen pflegte. Jedemal 1—2 Stunden darauf zeigte sich ein schwach juckendes Urticaria-Exanthem auf Gesicht und Hals, das einige Stunden anhielt, um dann spurlos zu verschwinden. Auch hier sonst kein Symptom.

(The Lancet 1895 No. 2. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 14.)

— **Digitalis-Exantheme** sind äusserst selten. Privatdoc. Dr. Friedheim (Leipzig) sah einen Fall: Ein Patient bekam verordnet:

Rp.

*Tinct. Digital. aether. 15,0*

*Tinct. Valer. 45,0.*

M. D. S. 3× täglich 1 Theelöffel.

In der 2. Woche der Medication bildeten sich kreisförmig angeordnete Gruppen kleiner mattrother, papulöser Efflorescenzen auf dem Rücken, auf den seitlichen Parthieen der Thoraxgegend und auf der Bauchhaut. Einige dieser Gruppen waren lebhaft roth contourirt. Es fehlte jeglicher Juckreiz. Unter Borsalbe ging nach Aussetzen der Medication die Hautveränderung innerhalb von 2 Wochen zurück. Die Haut zeigte ein starkes Reizphänomen. In gleicher Zeit bestand eine reichliche Furunculose der Haut bei normalem Verhalten des Urins.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 11.)

— Dr. Alfred Gönner (Basel) verzeichnet ein **Schilddrüsenextract-Exanthem**: Eine 25jährige, mit Morbus Basedowii behaftete Frau, welche schon mehrere Wochen Natr. phosphoric. mit gutem Erfolg genommen hatte, erhält, da sich die Struma nicht weiter zu verkleinern schien, Kapseln von Schilddrüsenextract (3 × tgl. 1 Stück). Abends, am 2. Tage nach Beginn dieser Medication, heftige

brennende Urticaria an Rumpf und Beinen. Aussetzen des Mittels. Ausschlag nach ca. 12 Stunden verschwunden. Nach 5 Tagen nochmaliger Versuch mit dem Mittel, wieder Entwicklung des Ausschlages. Man musste mit der Medication aufhören.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 5.)

### **Barlow'sche Krankheit. Vorstellung eines Kindes mit**

B. durch A. Baginsky: Etwas bleich aussehendes, aber im Ganzen wohlgenährtes Kind von 11 Monaten. Nur geringe Zeichen von Rhachitis (Schwellungen der Rippenepiphysen). Bei leisester Berührung, wie es scheint, lebhafteste Schmerzen. Schenkel in den Knien gebeugt, an den Leib herangezogen. Im unteren Drittel des Femur nach dem Kniegelenk zu starke Verdickungen, augenscheinlich dem Knochen angehörend und in der Tiefe undeutlich fluctuirend. Schwellung rechterseits über das Kniegelenk hinweg bis zum oberen Drittel des Unterschenkels gehend. Jede Berührung der geschwollenen Theile ausserordentlich schmerzhaft. Zahnfleisch dunkelroth verfärbt und leicht geschwollen. — Was die B. anbelangt, so ist die allgemeine Auffassung jetzt die, dass die Affection wohl bei rhachitischen Kindern vorkommt, indess zur Rhachitis in keiner directen Beziehung steht. So selten scheint die B. nicht zu sein; Autor sah innerhalb der letzten Wochen 4 Fälle, und zwar nicht bei armen, unter ungünstigen Lebensbedingungen lebenden Kindern, sondern bei gut situirten Familien, bei welchen gewisse besondere Künsteleien in der Ernährung vor sich gegangen sind: 2 Kinder sind mit Rieth'scher Albumosemilch ernährt worden, 1 mit Somatosemilch, 1 mit Lahmann'scher Pflanzenmilch neben verschiedenen Kindermehlen. Alle diese Kinder gediehen zunächst bei dieser Nahrung gut, dann plötzlich blieben sie in der Ernährung stehen oder giengen zurück unter gleichzeitigem Auftreten der schmerzhaften Schwellungen. Die Ernährung kann aber nicht ohne Weiteres beschuldigt werden, und sah Autor auch einen Fall von B., der sich an eine schwere Tussis convulsiva anschloss, bei einem Kinde, das nur Kuhmilch erhielt; obwohl also noch andere Bedingungen, als die gekünstelte Nahrung ursächlich heranzuziehen sind, wird doch die Ernährungsfrage volle Berücksichti-

gung finden müssen. — Die B. hat in ihrer äusseren Erscheinung Aehnlichkeit mit der Parrot'schen Pseudoparalyse syphilitischen Ursprunges (auch hier schmerzhaft Verdickungen der Diaphysen, die aber durch acute, gummöse Osteochondritis entstehen, während bei B. subperiostale Hämorrhagieen im Spiele sind). Autor konnte bei seinen Fällen von B. Syphilis mit Sicherheit ausschliessen.

(Berliner medie. Gesellschaft 1895, 6. Februar. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 7.)

**Blutungen.** Einen Fall von Verblutung aus der Lidconjunctiva erzählt Privatdocent Dr. Stoewer (Greifswald), zugleich damit beweisend, dass ein Chalazeon unter Umständen gar nicht so unschuldig ist, sondern auch verhängnissvoll werden kann. Am 26. August 1894 wurde zum Autor ein 7 Monate altes Kind gebracht mit folgenden Angaben: vor einiger Zeit war das linke obere Lid etwas geröthet und geschwollen, was aber bald nachliess, wogegen sich aber B. aus dem Auge einstellten, die nur während des Schlafes sistirten und das Kind sehr herunterbrachten; ein Arzt suchte die B. durch einen Occlusivverband zu stillen, was aber nicht gelang. Status: Hochgradig anämisches Kind. Am linken Auge Cilien des Ober- und Unterlides durch Blutgerinnsel verklebt. Nach künstlicher Oeffnung der Lidspalte tropfte sofort aus dem oberen Conjunctivalsack hellrothes Blut hervor, und beim Ektropioniren erblickte man einige Millimeter nasal von der Mitte des Oberlides einen blutenden Tumor von der Grösse einer halbirten Erbse mit leicht gekörnter, rother, aus mehreren Stellen blutender Oberfläche, breitbasig auf das Lid übergehend und von der umgebenden normalen Conjunctiva ringsum durch eine leichte Vertiefung getrennt. Diagnose: Granulationswucherung, hervorgegangen aus einem nach der Conjunctiva durchgebrochenen acuten Chalazeon. Therapie: Abtragung, Auskratzung der Wunde mit dem scharfen Löffel, fester Verschluss der Conjunctiva durch 3 Nähte, Occlusivverband. Tags darauf Verbandwechsel, keine Blutung. Allgemeinbefinden sehr schlecht, Erbrechen, Exitus nach 2 Tagen. B. seit der Operation nicht aufgetreten! Was war Schuld am letalen Ausgange? Für Morbus maculosus sprach nichts,



ebenso für Hämophilie (nach der Operation keine Spur von Blutung!). Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte es sich dagegen, dass der kleine, aus Granulationsgewebe bestehende Tumor nirgends vom Epithel bedeckt war (wodurch freilich dieser Granulationsknopf zu verhältnissmässig bedeutender Grösse heranwuchs, ohne vom Conjunctivalepithel überzogen zu werden, nicht eruierbar!); durch die steten Bewegungen des Lides oder Bulbus wurden nun offenbar die oberflächlichen Rundzellen fortgescheuert, Blutgefässe blossgelegt und arrodirt und Hämorrhagieen veranlasst. Der vom ersten Arzte gemachte Occlusionsverband konnte die B. nicht zum Stillstand bringen, da das verbundene Auge ja alle Bewegungen des anderen mitmachte; ein Binoculus wäre wahrscheinlich wirksamer gewesen! Vor Allem aber hätte früher die Operation ausgeführt werden müssen, dann hätten wahrscheinlich, wie jetzt nach dem Eingriff es der Fall war, die B. sistirt, dem 7 monatlichen Kinde mussten aber die vielen Blutverluste verhängnissvoll werden.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 6.)

- Wir haben bereits (s. Excerpta d. J., Seite 3) berichtet, dass der heisse Wasserdampf in der Gynäkologie erfolgreiche Verwerthung gefunden hat. Nun hat auch L. Pincus (Danzig) diese Methode versucht, und zwar in einem Falle von unoperablem Corpuscarcinom (heftige Schmerzen im Becken, Metrorrhagie, fötider Fluor), bei 3 Fällen von uncomplicirter Endometritis hyperplastica (Menorrhagie, 14—18tägig, 8—10 Tage) und bei 5 Fällen von Endometritis cervicis (3 Mal mit Portioerosion, Fluor). Autor gebrauchte den mit Sicherheitsventil versehenen Kessel eines Inhalationsapparates, welchen jeder Instrumentenmacher mit einem Thermometer versehen kann. Die Capacität eines solchen Kessels ist durchaus genügend. In die obere Oeffnung liess er sich ein mit Gummiring verdichtetes, gekrümmtes (grosser Radius) Zinkrohr setzen (Lumen am Kessel 1,2 cm, an der Mündung 0,8 cm, ganze Länge an der Convexität gemessen 15 cm) und brachte dies in Verbindung mit  $\frac{1}{2}$  m grauem (0,8 cm) Gummischlauch (die schwarzen sind gegen Hitze nicht widerstandsfähig). Als Canüle verwandte er Anfangs einen an der Mündung konisch erweiterten (0,8 cm) Fritsch'schen Katheter, welchen er

sich aber später zwecks leichter Handhabung im Röhrenspeculum nach Art eines männlichen Katheters mit flacher Krümmung anfertigen liess (Hahn & Löchel, Danzig, Preis: M. 7,50). Statt 2 seitlicher Fenster liess er 3, je 5 cm lange Fenster in der Circumferenz anbringen, um den Dampf leichter ausströmen lassen zu können. Um das Instrument während der Anwendung ohne Verbrennungsgefahr für die Finger handhaben zu können, liess er ferner 3 cm von der Mündung 2 senkrechte Stifte nach oben und unten anbringen, welche je nach Bedarf mit einem Holzgriff in Verbindung gesetzt werden. Er liess bei intrauteriner Anwendung beim 1. Mal eine Erweiterung mit Jodoformgaze vorhergehen, bei Wiederholung brauchte er in derselben Sitzung die Fritsch'schen Dilatatorien. Sobald das Wasser stark kochte, nahm Autor die Lampe weg, führte den Katheter schnell ein und erst nach der Einführung stellte er die Lampe wieder unter den (nur halb gefüllten) Kessel; so war die Application schmerzlos oder nur gering schmerzhaft, bei Einführen bei strömendem Dampf aber hochgradig schmerzhaft. *Conditio sine qua non* natürlich immer freies, schmerzloses Ballotement des Uterus! Beim Carcinom floss, sobald der Dampf auszuströmen begann, eine Menge von Blut und blutiger Flüssigkeit, vermischt mit zahlreichen Bröckeln und Gerinnseln aus der Cervix heraus. Nach  $\frac{1}{2}$ —1, bis höchstens  $1\frac{1}{2}$  Minuten Katheter (nach Entfernung der Lampe) wieder herausgenommen; er war bedeckt mit fest anhaftenden, schwärzlichen Gerinnseln, welche die Fenster fast völlig verlegten (so erklärte es sich, dass das Ventil des Kessels wiederholt in Thätigkeit kam und das Ausströmen des Dampfes hier erst aufhörte, wenn das Instrument in utero hin und her bewegt wurde, wodurch die Gerinnsel abgestreift wurden). Man nehme also stets einen Kessel mit Sicherheitsventil und vermeide enge Katheterfenster! Sofort nach Herausnahme hörten Blutung und fötider Ausfluss auf, um erst 8—11 Tage später wieder zu beginnen, sodass dann Wiederholungen nöthig waren (stets 1— $1\frac{1}{2}$  Minute). Auch jedes Mal erhebliche Schmerzverminderung! Auch bei Endometritis hyperplastica Erfolge sehr ermutigend! In 1 Fall (3 Sitzungen à 1 Minute) jetzt 2 Monate vergangen: Menstruation normal, 26tägig, 2—3 Tage; ebenso bei den anderen. Bei einem dieser Fälle

trat, obwohl Complicationen durchaus nicht vorlagen, ziemlich heftige Uteruskolik ein, welche nach ausgiebiger Cocainisirung des Cervixcanales aufhörte. Die Endometritiden des Halstheiles sind noch zu frisch in Beobachtung, doch ermuthigen die bisherigen Erfolge sehr! Der Autor glaubt, dass das Verfahren auch bei puerperaler Endometritis vorzüglich wirken dürfte: die infectiösen Keime werden ja zerstört, die Blut- und Lymphgefäßöffnungen durch Gerinnsel thrombosirt. Er selbst hat die „Vaporisation“ mit gutem Erfolge jüngst 1 Mal nach putridem Abort angewandt.

(Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 11.)

Dr. E. G. Orthmann (Berlin, Martin'sche Poliklinik) wandte das **Salipyrin** bei Gebärmutterblutungen an (3  $\times$  tägl. 1 Pastille à 1 gr). Wenn möglich, wurde bereits 1—2 Tage vor der zu erwartenden Blutung mit der Darreichung begonnen und während der ganzen Dauer derselben fortgefahren, sodass die Gesamtmenge des verordneten Mittels 20—70 gr betrug. Nie unangenehme Nebenwirkungen! Was die Wirkung auf die B. anbelangt, so wurde in gewissen Fällen ein günstiger Einfluss auf die B. constatirt. Von 32 genau längere Zeit beobachteten Fällen trat derselbe bei 20 (62,5 %) zu Tage. Die besten Resultate wurden bei einfachen Menorrhagieen nach Geburten oder Aborten erzielt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 7.)

— Bei **Blutungen aus der Nasenrachenhöhle**, die von einer gelockerten und verdickten Schleimhaut des Fornix stammen, empfiehlt Wróblewski (Warschau) Bestreichungen mit **Tinct. Jodi** mittelst eines Wattepinsels, der aber nur wenig mit der Jodtinctur angefeuchtet ist, damit dieselbe tüchtig in das Gewebe eingerieben werden kann.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 3.)

— Dr. J. Sasse (Zaandam in Holland) rühmt die Wirkung des **Ol. Terebinth. als Hämostaticum**. Als solches bewährte es sich besonders bei **Nachblutungen in der zahnärztlichen Praxis**, wo man oft wunderbare Erfolge erzielte; ein Wattebäuschchen, mit Ol. Terebinth. getränkt, ist meist im Stande, sofort auch eine heftige Nachblutung

zu stillen, wie auch andere Aerzte dem Autor bestätigten. Sasse wendet jetzt bei B. nach Zahnextractionen gleich das Mittel an. — Auch bei Scorbut bewährte sich das Mittel. Bei einem Fall hatte Patientin starke Blutungen aus dem Munde neben Haematurie. Sie musste stündlich das Zahnfleisch mit Ol. Terebinth. rectific. pinseln und bekam etwas Terpentinöl intern, worauf die B. allmählig verschwanden. — Bei einer **Blasenblutung**, die allen Mitteln trotzte, wurde ebenfalls Heilung erzielt durch das Mittel, das in einer Emulsion von 1:200, stündlich 1 Esslöffel, gegeben wurde.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 2.)

**Diabetes mellitus.** Dr. Karl Grube (Neuenahr) hat bei mehreren Fällen von D. typische „gastrische Krisen“ beobachtet, ähnlich den bei Tabes vorkommenden. Die Anfälle setzen meist frühmorgens ein mit krampfartigen, sehr heftigen Schmerzen im Leibe, speciell in der Magen-egend. Der Magen selbst kann aufgetrieben sein oder nicht, in der Regel ist starke Flatulenz und Aufstossen vorhanden, zuweilen besteht eine deutliche Unruhe des Magens, die sich in heftigen, äusserlich wahrnehmbaren Zusammenziehungen äussert. Meist Uebelkeit und starkes Erbrechen, manchmal gleichzeitig Diarrhöe. Bisweilen auch Wadenkrampf, schmutziger Zungenbelag, Trockenheit des Mundes, geringe Fiebersteigerung, Pulsbeschleunigung. Anfälle meist spontan, ohne Vorboten auftretend (manchmal sogar vorher relative Euphorie), nach den Anfällen — sie dauern wenige Stunden bis 1—2 Tage — längere Zeit grosse Ermattung. Beste Behandlung: sofortige Sorge für reichliche Stuhlentleerung durch Oel- oder Wasserklystier (innere Mittel werden ausgebrochen) und heisse Umschläge auf's Abdomen. Während des Anfalles mögen die Kranken nichts geniessen, brechen auch Alles aus; nachher am besten vertragen: Milch, Hühnersuppe und Thee oder Wasser mit Cognac. Diese Krisen, welche eine Form der diabetischen Intoxication (Reizung des Vagus durch das im Blut kreisende Toxin?) darstellen, können schon auftreten, wenn der übrige Verlauf des Leidens noch relativ günstig ist, sodass sie vielleicht gar nicht mit dem Grundleiden in Zusammenhang gebracht werden, in der Regel aber zeigen sie an, dass der Zustand des Kranken sich dem Endstadium nähert,

das aber durch zweckmässige Behandlung noch hinausgeschoben werden kann. Dazu gehört zunächst, dass man keine ausschliessliche oder auch nur in zu starkem Procentsatz animale Diät verordnet. Zweitens gehört hierhin die Sorge für Stuhlgang durch Medicamente oder Klystiere. Drittens muss für Hebung der Verdauungsthätigkeit gesorgt werden, die in diesem Stadium oft sehr darniederliegt. Alkalische Wasser wirken ganz gut, und so erklärt sich der günstige Einfluss der Bäder. Zu Haus aber ist die alte Misère da, Salzsäure, Amara, Alkalien wirken zu wenig, da fand Autor ein ausgezeichnetes Mittel im alkoholischen Auszug von Bauchspeicheldrüse, den er sich selbst herstellt. Das gut zerhackte Ochsenpankreas wird mit ca.  $\frac{1}{2}$  Liter 15 % Alkohols versetzt und 2 Tage lang an einem kühlen Ort, am besten in Eiswasser, gehalten, worauf sorgfältig 2—3 Mal filtrirt wird. Zur Geschmacksverbesserung wird guter französischer Cognac zugesetzt und das ( $3 \times$  täglich 1 Branntweingläschen voll) gegeben. Das Mittel befördert mächtig die Verdauung und wirkt auch sehr günstig auf die Darmfunctionen ein.

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 7.)

- **Das Krankheitsbild des traumatischen D. vorwiegend vom forensischen Standpunkt** erörtert Dr. W. Asher (Leipzig): Das Auftreten des D. im Anschluss an ein Trauma ist nach ihm ein ziemlich häufiges und wohl verbürgtes. Die häufigste Veranlassung sind Kopfverletzungen, aber auch Traumen an anderen Körperstellen, besonders Rücken und Bauch, kommen oft in Betracht. Hauptsächlich das männliche Geschlecht wird befallen, und nicht nur zu dem Leiden Disponirte (hier bildet das Trauma doch das veranlassende Moment!), sondern auch bisher völlig Gesunde. Symptomatologie und Verlauf ist identisch mit dem des idiopathischen D. — Der D. traumaticus kann am Tage des Unfalles, aber auch längere Zeit später, selbst Jahre nachher einsetzen, doch ist der traumatische Ursprung zweifelhaft, wenn über 3—5 Jahre seither verstrichen sind. Ist Zucker im Urin nach dem Trauma nachgewiesen, es fehlen aber die charakteristischen Allgemeinsymptome des D., so kann die Diagnose erst im weiteren Verlauf der Krankheit gestellt werden: differential-

diagnostisch ist hier die Glykosurie zu berücksichtigen, welche geraume Zeit vorübergehend bestehen kann. Dann ist es äusserst wichtig, zu erkennen, ob bereits vor dem Trauma D. vorhanden war, oder nicht. Man wird hierbei sämtliche Organe gründlich und wiederholt prüfen müssen, welche bei D. betheiligt sein können: Mundhöhle (breite und dicke, unebene, rissige Zunge? gelockertes Zahnfleisch? cariöse Zähne? Mundflüssigkeit sauer?), Respirationswerkzeuge (obstartiger Acetongeruch? tuberculöse und gangränöse Processe der Lunge?), Circulationsorgane (Herzschwäche? Arteriosclerose?); Balanitis, Ekzeme und furunculöse Abscesse der äusseren Geschlechtstheile dürften kaum im Initialstadium des D. auftreten, und alle Narben davon sind ein sicherer Beweis, dass das Leiden längere Zeit bestanden hat, ebenso Cataracte und Gangräne, besonders einzelner Zehen. Ist im Urin eines frisch Verletzten Zucker nachgewiesen und findet sich nur ein einziges dieser objectiven Symptome, so kann es nicht in dem Sinne einer längeren Dauer des D. gedeutet werden; nur das Zusammentreffen von mehreren dieser Zeichen muss den Verdacht erwecken, dass der D. schon lange bestanden hat. In zweifelhaften Fällen wird es natürlich nöthig sein, bei uninteressirten Personen Fragen und Erkundigungen über das Vorleben einzuziehen, ebenso wie es manchmal erforderlich sein dürfte, den Patienten nachher zu controliren: denn D. kann simulirt werden, nicht nur die subjectiven Symptome, sondern auch das entscheidende objective Symptom kann betrügerisch erzeugt werden. Eine 2—3monatliche unauffällige Controle erscheint daher zur Sicherung der Diagnose unbedingt geboten!

(Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin und öffentl. Sanitätswesen  
1894 No. 4 und 1895 No. 1.)

**Diphtherie.** Dr. W. v. Muralt (Zürich, Kinderspital) publicirt seine **Erfahrungen über Behandlung mit dem Serum** **Höchst:** Es wurden injicirt 58 Fälle; davon starben 2, geheilt wurden 56. Freilich wurden viele Kinder früh gebracht: 11 am 1. Tage, 18 am 2., 17 am 3., 2 am 4., 3 am 5., 1 am 6., 2 am 7., 1 am 8. Es waren sonst 36 Fälle leichter Natur, 22 schwerer und schwerster; 21 Kinder zwischen 1—3 Jahren, die übrigen

älter. Mikroskopisches Resultat: Nur 4 Fälle reine D., 38 Mal Mischinfection mit Streptokokken, 16 Mal D. mit Staphylo- und anderen Kokken. Bei der Aufnahme zeigten 18 Kinder hochgradige Stenose mit Cyanose, und so mussten 11 sofort, 3 bald nachher intubirt, 2 tracheotomirt und 4 einige Stunden nach der Intubation noch tracheotomirt werden. Die Todesfälle betrafen einen 4jährigen Knaben, der am 6. Krankheitstage mit schwersten Erscheinungen aufgenommen wurde und am gleichen Abend nach vollzogener Tracheotomie starb, und ein 2jähriges Mädchen, das mit Lues congenita und Morbillen mit Pneumonie D. acquirirt hatte. Kein Fall hat sich nach der Injection noch verschlimmert. Ganz regelmässig am Tage nach der Injection oder, war letztere am Abend gemacht, oft schon am nächsten Morgen auffallende Besserung im Aussehen der Patienten, gleichzeitig auch sehr günstige Beschaffenheit der Beläge: waren sie beim Eintritt noch diffus, so erschienen sie jetzt scharf abgegrenzt und dick gequollen; wenn sie beim Eintritt schon Abgrenzung aufwiesen, lösten sie sich jetzt als zusammenhängende Platten ab, wie man dies früher nur ausnahmsweise sah. Dieser Stillstand der Krankheit, zusammen mit dem subjectiven Wohlbefinden typisch bei 38 Fällen nach dem 1. Tag, bei 14 nach 2, bei 2 nach 3 Tagen. Autor hält demgemäss das Serum für ein zweifellos gegen D. wirksames Mittel, das zur allgemeinen Einführung in die Praxis zu empfehlen ist. — Nicht so günstige Resultate erreichte Dr. Blattner in der Züricher chirurg. Klinik: Injicirt 38 Fälle; davon genesen 29 (76,4%), letal 9 (23,6%). Aber bei 26 Fällen erst Behandlung am 3. Erkrankungstage oder später. Bei 7 Fällen Operation. 4 Fälle reine D., 23 Mal Diphtheriebacillen mit Streptokokken, 11 Mal ausserdem noch andere Kokken. Rasche Besserung des Allgemeinbefindens nach der Operation, nie Zunahme des localen Processes oder Weitergreifen auf den Larynx. Auch ausgedehnte Beläge verschwanden viel rascher, als früher. — Beide Autoren sahen Nebenwirkungen nur in geringem Maasse.

(Gesellschaft der Aerzte in Zürich, 26. Januar 1895. —  
Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 5.)

- Prof. O. Vierordt (Heidelberg, Kinderklinik) hat folgende **Erfahrungen mit dem Behring'schen Serum** gemacht: Es handelt sich um 55 sicher festgestellte Fälle von D., von denen nur 4 „leicht“ waren. Davon starben 8 = 14,6 % Mortalität (1894 vor dem Heilserum von 52 Fällen 19 letal, = 37 % Mortalität, 1893 von 26 Fällen 13 letal = 50 % Mortalität; Mortalität früher: 1892 = 50 %, 1891 = 67 %, 1890 = 60 %, 1889 = 41 %). Von 23 mit Stenosenerscheinungen eingetretenen Patienten genasen 9 ohne Tracheotomie, ein auffallend günstiges Ergebniss. Noch auffälliger ist, dass von 24 mit freiem Kehlkopf Eingetretenen bei allen der Kehlkopf frei geblieben ist, trotzdem darunter viele schwere Fälle waren! Die Mehrzahl der geheilten Fälle wurde erst nach dem 2. Krankheitstage injicirt! Das Serum entfaltete keine entfernt in Betracht kommenden schädlichen Wirkungen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 11.)

- **Behring's Serum** wird jetzt zu bedeutend ermässigten Preisen abgegeben, und zwar kostet, direct vom Apotheker bezogen

No. 0 (gelbes Etikett) = 200 Antitoxineinheiten (Immunisierungs-dosis), Mark —.75 pro Fläschchen.

No. I. (grünes Etikett) = 600 Antitoxineinheiten Mark 2.— pro Fläschchen.

No. II. (weisses Etikett) = 1000 Antitoxineinheiten Mark 3.50 pro Fläschchen.

No. III. (rothes Etikett) = 1500 Antitoxineinheiten Mark 5.25 pro Fläschchen.

Das Mittel ist neuerdings staatlich geprüft worden und dessen Haltbarkeit und Wirksamkeit nach den neuesten Beobachtungen auf 1 Jahr festgestellt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 11.)

- Dr V. Navratil (Iglau) empfiehlt die Behandlung mit **Wasserstoffsuperoxyd**, die er bei 300 Fällen erprobt hat. Er unterlässt jede andere Behandlung und verordnet nur:

Rp.

*Hydrogen. superoxyd. 60,0*

*Glycerin. pur. 15,0*

*Aq. dest. 250,0*

*M. D. ad. vitr. nigr.*

S. Jede  $\frac{1}{4}$  Stunde bei Tag und Nacht

1 Kaffeelöffel voll.

(Wiener medic. Wochenschrift 1895 No. 11.)



**Dysmenorrhöe.** Für die symptomatische Behandlung der **D. junger Mädchen** ist absolute Bettruhe während der ganzen Dauer der schmerzhaften Periode der Menses das wirksamste Mittel. Sind die Schmerzen sehr heftig, so verdient die Verabreichung der nachfolgenden Mixtur empfohlen zu werden:

**Rp.**

*Kal. brom.*

*Antipyrin. aa 10,0*

*Extr. Viburn. purif. fluid. 20,0*

*Aq. dest. 120,0*

*Cognac.*

*Syr. Cort. aur. aa 30,0.*

M. D. S. 2—4 Esslöffel täglich zu nehmen.

(Progr. méd. 1894 No. 48. —  
Therap. Monatshefte 1895 No. 1.)

— Dem gegenüber weiss Dr. Ziegelroth ein einfaches, völlig unschädliches Mittel, die **Leibwärmflasche**, die selten im Stich lässt. Eine flachgewölbte metallene Wärmflasche wird mit heissem (45° R.) Wasser gefüllt und auf die untere Bauchgegend gelegt. Will man, zumal in schweren Fällen, feuchte Wärme und Dampfwirkung verbinden, dann lege man auf den nackten Leib einen 2fach zusammengelegten feuchten (18° R.) Leibumschlag oder mache einen Priessnitz'schen Leibaufschlag, der von der Magengrube bis zur Symphyse reicht und lege dann die Wärmflasche mit etwas heisserem Wasser (50—55° R.) gefüllt auf die untere Bauchgegend; das Ganze bedecke man mit einem schlechten Wärmeleiter, Flanell.

(Allg. medic. Central-Ztg. 1895 No. 15.)

**Ekzem.** Folgende Einreibung soll nach Tomony selbst in hartnäckigen Fällen rasch günstig einwirken:

**Rp.**

*Zink. oxyd. 20,0*

*Acid. boric. pulv. 10,0*

*Bismuth. subnitr. 5,0*

*Ol. Olivar. 85,0.*

M. D. S. Aeusserlich!

(Sem. méd. 1895 No. 7. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 14.)

— Inbetreff des von uns (Excerpta, d. J., Seite 261) erwähnten **Unguent. Hydrarg. nitr.** giebt uns in liebenswürdigster

Weise Herr Dr. Labedzki (Erkner\*) Aufklärung: „Die Salbe wird dargestellt, indem 5,0 Quecksilber mit 15,0 Salpetersäure vorsichtig in einem Porzellanschälchen erwärmt werden, bis das Hg gelöst ist. Hierauf werden 90,0 Adeps geschmolzen und dem halb erkalteten Adeps die Quecksilbernitratlösung zugesetzt. Die Mischung wird in Papierkapseln ausgegossen. In den östlichen Provinzen (Posen) wird die Salbe als Mittel gegen Scabies noch vielfach angewandt.“

— Auch Herr Dr. Dronke (Hamburg\*\*) macht uns freundlichst Mittheilung, dass er über das Präparat genaue Auskunft gegeben, in Ewald's Arzneiverordnungslehre, 11. Auflage, S. 715, 12. Auflage, S. 744.

**Enuresis nocturna.** Holladay empfiehlt Phenacetin (0,3 beim Zubettgehen) als sehr wirksam! — In höheren Dosen soll das Mittel bei Erwachsenen auf die Störungen bei Cystitis und bei Prostatahypertrophie ebenfalls sehr günstigen Einfluss ausüben.

(Med. and Surg. Rep., 5. Januar 1895. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 8.)

**Erysipel** behandelt v. Langsdorff (Baden-Baden) seit 5 Jahren mit Umschlägen von Alcohol. absolut. ohne andere Medication und ist mit diesem Verfahren bei den 32 leichten und schweren, so behandelten Fällen stets sehr zufrieden gewesen. Die Umschläge werden mit weichen, dicken Leinwandcompressen gemacht und alle 15—20 Minuten erneuert, darüber ein trockenes Tuch und dann Guttaperchataffet; nur im Gesicht wird Watte mit Alcohol stark getränkt (da Leinwand hier nicht gut anliegt), nicht ausgedrückt und so auf die Stellen gelegt, wobei aber häufiger Wechsel stattfinden muss. In allen Fällen auffallend rasches Zurückgehen der vorher oft recht bedrohlich aussehenden Erscheinungen! Das Fieber ging innerhalb 24 Stunden, in der Regel schon nach 12 Stunden zurück, entsprechend Besserung des Allgemeinbefindens. Das spannende Gefühl und Brennen der Haut ging sehr rasch weg, manchmal schon nach 1—2 Stunden.

\*) Dem Herrn Collegen besten Dank!

Die Red.

\*\*) Besten Dank!

Die Red.

Nach 8—10 Stunden Haut abgeblasst, der Process erloschen; die Umschläge werden dann in verlängerten Pausen bis zum vollständigen Verschwinden der Erscheinungen, also noch 2—3 Tage, fortgesetzt. Manchmal aber geht das E. an einer Stelle noch etwas weiter, worauf man hier die Umschläge wieder energischer machen lässt, sodass das Fortkriechen bald aufhört.

(Centralblatt für Chirurgie 1895 No. 8.)

**Intoxicationen.** Dr. W. Schild (Magdeburg, Krankenhaus) schildert 6 Fälle von Nitrobenzol- (Mirbanöl-) Vergiftung: Alle betrafen Frauen, 4 hatten das Mittel als Abtreibungsmittel genommen, als welches es sich auch in der That bewährte, indem 3 Mal Abort erfolgte, bei dem 4. aber dies nicht eintrat, jedenfalls weil zu rasch Exitus letalis erfolgte. Nur dieser Fall verlief tödtlich. Das Mittel wurde in verschiedenen Dosen genommen (Tassenkopf, Esslöffel, Theelöffel, für 10 Pfennig) und es kam jedesmal nach der Einnahme zu Erbrechen, sodass eigentlich nicht genau anzugeben ist, wie die Grösse der Dosis das Symptomenbild beeinflusste. Von Symptomen sind ausser Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen, Geruch nach bitteren Mandeln, intensive blaugraue oder blaugrüne Cyanose, Dyspnoë, Pupillenstarre, Sopor, Trismus, Tetanus besonders zu erwähnen: vorübergehende Steigerung der Patellarreflexe und Fussclonus (in 3 Fällen), am 3.—4. Tage eintretender Icterus (auch bei 3 Fällen), das um dieselbe Zeit sich zeigende Fieber und der Eiweissgehalt des dunkelbraunen und trüben, nach Nitrobenzol riechenden Urins. Bezüglich der Therapie, die zunächst in Magenausspülungen und event. künstlicher Respiration, sodann aber in Reizmitteln der verschiedensten Art besteht, dürfte in Fällen von tiefem Sopor oder Athmungsstörungen ein Bad mit kalten Uebergiessungen dringend zu empfehlen sein.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 9.)

- Einen Fall von acuter Vergiftung nach gleichzeitiger externer Anwendung von Tannin und Kaliumpermanganat verzeichneten Prof. Weber und Prof. Harnack (Halle): 14jähriges Mädchen, seit Jahren an immer recidivirenden universellen Ekzemen leidend, die durch Umschläge

mit concentrirten Tanninlösungen oder auch durch Bäder mit Kal. hypermang. ( $\frac{1}{2}$ —1 pro mille) behandelt und günstig beeinflusst wurden. Bei einem neuen starken Nachschube wurden an den oberen Extremitäten, die sehr entzündet waren und stark nässten, Tanninumschläge gemacht und gleichzeitig jene Bäder verabfolgt. Es trat eine sehr heftige Hautentzündung auf, Fieber von beinahe  $41^{\circ}$  und heftige Durchfälle. Nunmehr Weglassen des Tannin und dafür Unguent. Diachyl. Die Symptome hielten noch 3 Tage an, dann trat der frühere Status wieder ein. — Jedenfalls handelte es sich um eine Vergiftung durch ein aromatisches Spaltungs- resp. Oxydationsproduct des Tannins, welches durch die Einwirkung des starken Oxydationsmittels auf das Tannin an der Applicationsstelle entstanden und von da in's Blut übergegangen war. Autor dachte an's Pyrogallol: der Harn war dunkler gefärbt, Hämoglobinderivate waren nicht sicher nachzuweisen; dagegen erhielt man nach Ausschütteln des angesäuerten Harnes mit Aether und Verdunsten des letzteren einen krystallinischen gelblichen Rückstand, in welchem sich eine Substanz befand, die die Reactionen des Pyrogallols gab. Bei Pyrogallolvergiftung kommen Fieber und Durchfälle vor, auch die Heftigkeit der Hautentzündung sprach für das Auftreten eines local irritirend wirkenden Oxybenzols. — Der Fall mahnt zur Vorsicht in der gleichzeitigen, auch äusserlichen Anwendung zweier an sich ungiftiger Heilmittel; die erhebliche Ausdehnung der resorbirenden Fläche und der Umstand, dass entzündlich erkrankte Hautflächen sehr energisch zu resorbiren im Stande sind, müssen besonders zur Vorsicht veranlassen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 10.)

- Einen Fall von **chronischer Trionalvergiftung** beschreibt Dr. H. Reinicke (Osnabrück, Provinzialirrenanstalt). Der Fall zeichnet sich besonders dadurch aus, dass die Verabreichung des Mittels von vornherein eine sehr vorsichtige war, dass man dabei genügende Pausen eintreten liess, Diät, Nierensecretion und Stuhlgang genau im Auge behielt und trotz aller dieser Maassregeln es doch zur Vergiftung kam. Die 26jährige, an acuter hallucinatorischer Verrücktheit

leidende Patientin erhielt vom 15. October 1894 bis 29. Januar 1895 Trional und zwar jeden 2. Tag 1 gr mit Pausen von 1. bis 22. Dec. und 14.—22. Januar, also im Ganzen in 107 Tagen 40 gr. Am 23. Januar Urin noch frei von Blut und Eiweiss, am 29. Januar letzte Gabe Trional bei anscheinend ungetrübtem Wohlbefinden. Tags darauf Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Augenflimmern, Appetitlosigkeit, epigastrischer Schmerz, Leibschneiden, Fieber (38,5°). Am 31. Januar dieselben Klagen, verstärkt, Fieber (39°), schneller, kleiner Puls, Brechreiz, 5 fast geruchlose, ganz dünne, fleischwasserfarbene Stühle. Tags darauf 3 ähnliche Stühle, 250 ccm eines in dicken Schichten beinahe schwarz, in dünneren tief dunkelroth gefärbten Urins von saurer Reaction und reichlich sedimentirend, stark eiweisshaltig, mikroskopisch spärliche rothe und weisse Blutkörperchen, Blasenepithelien, zahlreiche hyaline und granulirte Cylinder, vielkörnigen Detritus darbietend. Gleicher Befund bis zum 18. Februar, Stuhlgang währenddess aber stets normal, doch recht schlechtes Allgemeinbefinden, Kopfschmerz, Schwindel, epigastrischer Schmerz; die Herzkraft hob sich erst von der 3. Woche ab.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 13.)

**Kraurosis vulvae.** Von dieser Krankheit beschrieb zuerst Breisky 1885 einige Fälle, seitdem sind öfters Beobachtungen mitgetheilt worden. Das Charakteristische ist eine Hautatrophie, eine Schrumpfung der Haut der äusseren Genitalien und des Dammes; die Haut ist weisslich verfärbt, brüchig, sodass leicht Einrisse entstehen, der Introitus vaginae ist mehr oder weniger verengt und es besteht oft Vestibularstenose. Aetiologie bis jetzt dunkel; Breisky fand K. besonders bei Schwangeren, Martin hier nicht; meist aber sind chronische Vaginal- oder Uteruskatarrhe voraufgegangen. Die Schrumpfung kann zum Stillstand kommen und es kann sogar Heilung eintreten. Unter den Symptomen ist das Jucken nicht immer vorhanden, meist aber Brennen in der Vulva und Schmerzen, lebhaftes Spannen, Schmerzen beim Coitus. Manchmal fehlen aber auch diese Beschwerden und man findet die Affection rein zufällig. Für hartnäckige Fälle

empfehlte sich ein operatives Vorgehen, die Entfernung der erkrankten Parthieen, nicht selten aber führt auch eine medicamentöse Therapie zum Ziel, wie ein von F. Benicke (Berlin) beschriebener Fall beweist: Anfang Mai wurde er von einer 41jährigen Patientin consultirt, die schon seit Jahren ab und zu Jucken an den Genitalien hatte; im letzten Jahre nahm dasselbe zu, dazu kamen Brennen, besonders beim Uriniren, Schmerzen beim Coitus, sodass der Zustand fast unerträglich geworden war. Zunächst auffallend Farbe der äusseren Genitalien; sie ist auffallend blass, fast weiss, bis zum After zu. Kleinen Labien fast nicht zu unterscheiden, nur ein stark geschrumpfter Wulst zieht zu beiden Seiten des Introitus. Viele Rhagaden mit harten Rändern, bei Berührung sehr schmerzhaft. Introitus eng. Therapie: zunächst 10% Cocain-salbe, innerlich Brom. Nach 8 Tagen 2 × wöchentlich Bepinselung der erkrankten Parthie mit Tinct. Jodi. Guter Erfolg: das Jucken und Brennen liessen bald nach, die Rhagaden heilten. Daneben wurden zu Haus die Theile mit Lassar'scher Salicylpaste bestrichen. Anfangs Juni Rhagaden abgeheilt, Pinselungen seltener. Ende Juni stellte sich ein juckendes Gefühl der Vagina ein, das aber bald durch Einführen von mit 10% Ichthyol-Resorbin bestrichenen Tampons heilte. Allmählig bekam die Parthie ein völlig normales Aussehen, die Patientin fühlte sich völlig wohl.

(Allgem. medic, Central-Ztg. 1895 No. 9.)

### **Magen- und Darmkatarrhe.** Dr J. Bergmann (Worms)

kam zu seiner neuen Methode zur Behandlung der sauren Dyspepsie durch folgende Erwägungen: die saure Dyspepsie entsteht durch pathologisch erhöhten Gehalt des Magens an Säure, und dieser Gehalt ist seinerseits meist auf das Blut zurückzuführen, das sich zur Wahrung seines für die Ernährung der Gewebe allein zweckdienlichen Alkalitätsgrades aller überschüssigen Säure entledigt, indem es dieselbe in den Mageninhalt ableitet. Diese Vis medicatrix naturae findet aber ein gewisses Hinderniss am Speichel. Dieser verliert nämlich bei abnorm herabgesetzter Alkalescentz des Blutes seine normale Reaction und wird sauer. Der saure Speichel aber vermag seine natürliche Aufgabe nicht mehr zu erfüllen, die vor Allem darin besteht, zum

Zwecke der Säuresättigung in den Magen zu gelangen und die überschüssige Säure desselben zu binden. Es fehlt somit das Regulativ für die Acidität des Magensaftes, und so geht denn die dem Blute glücklich entzogene Säure in Folge mangelnder Alkalinität des Speichels wieder in die Säftemasse über. Für unsere Therapie ergibt sich also zunächst die Forderung, für den zur Bindung der Magensäure unfähig gewordenen Speichel ein Ersatzmittel zu schaffen. Das als solches verwandte *Natr. bicarb.* oder *Magnesia usta* reicht nicht aus; nach Boas sind zur wirklichen Neutralisation eines Magensaftes von 3 p. m. *HCl.* 12 gr. *Natr. bicarb.* nöthig, welche Menge aber für den Magen zu gross ist, um gut vertragen zu werden. Die Wirkung des Alkalis wird ferner ja aufgehoben durch den herabgeschluckten Speichel, der ja bei saurer Dyspepsie fast ausnahmslos sauer ist und desshalb die Acidität des Magens wieder erhöht. Unsere Therapie muss also den Speichel in Angriff nehmen, nicht den Magensaft! Der Speichel muss künstlich mehr alkalisch gemacht werden! Nun macht ja der Speichel des Gesunden unter verschiedenen Einflüssen mannigfache Reactionsschwankungen durch, die zum Theil von der Art und Grösse des auf die Secretionsnerven einwirkenden Reizes abhängig ist. Der wirksamste Reiz für die Speicheldrüsen ist aber der Kauact und während des letzteren wird der Speichel stets alkalisch. Da aber der Magen den regulirenden Einfluss des Speichels am nöthigsten hat während der Verdauung, so ergibt sich die Forderung, während der Verdauungsperiode den Speichel durch ein Kaumittel reichlicher und alkalischer zu machen. Dr. Bergmann liess zuerst während der Verdauungsperiode anhaltend Brodrinde kauen, diese erwies sich aber als zu primitiv, da damit ein so anhaltendes Kauen nicht möglich ist und ein Theil des Speichels vom Brod aufgesaugt wurde. Deshalb liess Autor in Radlauer's Kronenapotheke (Berlin W.) „Magen-Kautabletten“, in denen als *Adjuvantia* einerseits *Radix zingiber.* und *Radix calami* zur Unterstützung der Speichelsecretion, andererseits *Magnes. usta* und *Magnes. ammonio-phosphoric. aã* zur Erhöhung der Alkalescenz untergebracht sind, anfertigen. Die Tabletten lassen sich stundenlang kauen und entleeren

die darin enthaltenen Stoffe ganz allmählig. Autor hat sich in vielen Fällen von dem guten Erfolg dieser Therapie bei saurer Dyspepsie überzeugt und empfiehlt sie warm zur Nachprüfung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 6.)

- Die **Ernährung mit Mehlen bei Säuglingen** erörtert Prof. O. Heubner (Berlin): Nach neueren Untersuchungen, die auch Autor selbst angestellt hat, ist der Speichel Neugeborener und Säuglinge saccharificirend, und Mehl wird verdaut. Trotzdem eignet sich ausschliessliche Mehlnahrung nicht für Säuglinge, sie enthält zu wenig Calorieen, und die Kinder befinden sich im Zustand der Unterernährung, so dass sie nicht gedeihen können. Anders ist es bei Verdauungsstörungen des Säuglings. Ganz wie beim Erwachsenen stellt die Mehlnahrung auch beim Säugling in zahlreichen Fällen die passende Krankenkost für einen empfindlichen Darm dar, der in doppelter Hinsicht geschont wird: erstlich wird ihm die Arbeit erspart, welche durch die Eiweiss- und Fettverdauung in Anspruch genommen wird, secernirende und resorbirende, sodann werden auch bei der Verdauung des Kohlehydrats die Darmepithelien sehr wenig beschäftigt, da die Speicheldrüsenzellen die Hauptarbeit leisten, sodass das Darmepithel sich ausruhen und erholen kann; endlich ist das Mehl auch ein schlechter Nährboden für eiweisszersetzende Bakterien und die Mehlnahrung also für viele Fälle von Säuglingsdarmkrankheiten vielleicht von antiseptischer Wirkung. Wie man also bei älteren Säuglingen sehr viele Dyspepsieen, wenn sie frisch in Behandlung kommen, bloss durch Darreichung passend zubereiteter Mehlsuppen zur Abheilung bringen kann, so kann man dies auch bei Kindern in den ersten Monaten und sogar Wochen thun, und Autor hat seit 2 Jahren diesen Grundsatz in zahlreichen Fällen mit Erfolg praktisch verworther. Es kommt dabei aber auch auf die Mehlsorte an: Versuche z. B. ergaben, dass das Kufcke'sche Mehl nicht so gut ausgenutzt wird, wie Reismehl. Autor möchte also rathen, sich besonders an die einfachen Mehle, Reis- oder Hafermehl zu halten, und die Suppen folgendermaassen zuzubereiten: Das Mehl wird mit kaltem Wasser eingerührt und dann mit kochendem Wasser



übergossen, worauf es noch 20—30 Minuten kochen muss. Man muss aber stets eingedenk sein, dass bei reiner Mehldiät sich das Kind in Unterernährung befindet, weshalb man die Diät nicht zu lange fortsetzen darf. Autor empfiehlt 8 bis höchstens 10 Tage lang Mehl zu reichen; sind während dieser Zeit die Erscheinungen der Dyspepsie nicht zurückgegangen, so ist von einer weiteren Mehldiät nichts zu erwarten. Auch bei normal sich befindenden Säuglingen sind dünne Mehlabkochungen als Verdauungsmittel der Milch empfehlenswerth, und bekommt selbst ganz jungen Säuglingen die Verdünnung mit dünner Kufecke- oder Reismehlsuppe besser, als die mit reiner Milchzuckerlösung; Autor beginnt auch hierbei am liebsten mit Reismehlabkochungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 10.)

**Parotitis.** Einen Fall von echtem Mumps der Thränen-  
drüsen beobachtete Dr. Hans Adler (Wien): 18jähriger Mann stellte sich am 6./3. 94 ein mit der Angabe, vor 14 Tagen heftiges Fieber gehabt zu haben, seit der Zeit auch im Schlucken und Sprechen behindert zu sein. Seit 3 Tagen bemerkt er ein spannendes Gefühl und Lid-  
schwellung im äusseren Antheil des Oberlides linkerseits, seit gestern einen bedeutenden Blutaustritt unter der Haut dieses Lides, seit heute ähnliche Erscheinungen rechterseits. Status: Linke Ohrspeicheldrüse bedeutend vergrössert, Haut darüber knorpelhart, glänzend, von unebener Oberfläche. Linkes oberes Augenlid nach abwärts gesenkt, dadurch im äusseren Drittel über das Unterlid herunterhängend; Haut des Oberlides durch eine Geschwulst hervorgetrieben, welche uneben höckerig unter dem Orbitalrand hervorragt und nach ihrer Lage unzweifelhaft der accessorischen und einem Theile der vergrösserten eigentlichen Thränendrüse entspricht. Umstülpung des Oberlides gelingt schwer. Conjunctiva des Uebergangstheiles leicht chemotisch, stark geröthet, mässig schleimiges Secret darbietend. Der nicht verschiebbare Tumor, durch einen Wall der Conjunctiva gedeckt, tritt hervor. Leichter Exophthalmus. Alle diese Erscheinungen, sowohl von Seite der Parotis, als von Seite der Thränendrüse am rechten Auge, welches erst seit 2 Tagen erkrankt ist, weniger stark bemerkbar. Glandulae sublinguales und buccales, wie auch die Submaxillardrüsen

bedeutend geschwellt. Augenbrauenbögen emporgezogen. Patient hat alltäglich leichte abendliche Fiebersteigerungen, die am 12./3. aufhören, als sich auch sonst Besserung zeigte. Letztere ist nach Ablauf von 2 Wochen bedeutend, aber noch in der 3. Woche ist rechterseits Parotis- und Thränen-drüenschwellung nachweisbar. In der 7.—8. Woche Restitutio ad integrum. Therapie: Die ersten Tage kühle Umschläge, später warme, ausserdem Jodstirnsalbe, Jabo-randithee. — Es können ja bei P. Augencomplicationen eintreten: Der acute Bindehautkatarrh ist die häufigste, wohl jeden Fall von epidemischer P. begleitende; dann Photophobie mit vermehrter Thränenabsonderung. Nicht selten Oedem der Augenlider und chemotische Schwellung der Bindehaut des Auges; diese letztere Erscheinung ist aber nichts Anderes, als ein Uebergreifen der Schwellung des Parotisgebietes auf das benachbarte, wie wir dies durch gleichzeitige Intumescenz der Kinngegend, manchmal nach unten bis zum Schlüssel-bein, beobachten können. Auf das gleichzeitige Erkranken der Parotis und Thränen-drüsen wurde in letzter Zeit vielfach aufmerksam gemacht, doch handelte es sich hierbei meist um Lymphosarcome und maligne Lymphome. Echter Mumps der Thränen-drüsen, d. h. also nur acute Schwellung derselben gleich-zeitig mit P., ist ausserordentlich selten!

(Wiener medic. Presse 1895 No. 7.)

**Pityriasis versicolor.** Da ihn oft, besonders in Bezug auf Recidive, die üblichen Mittel im Stich liessen, versuchte Dr. L. Leistikow die **schwefelige Säure**. Als Unna vor 4 Jahren fand, dass die Solutio calcii bisulfurosi, in einer Lanolinsalbe incorporirt, auf der Haut schwefelige Säure entwickelte, wandte Autor eine solche Salbe bei P. an:

Rp.

*Lanolin. 10,0*

*Vaselin. 20,0*

*Solut. calcii. bisulfuros. 40,0—60,0.*

M. f. ung.

Der Erfolg war ein durchaus zufriedenstellender, nach 8—14tägiger Einreibung trat Heilung ein. Seit 2 Jahren wurde das Lanolin ersetzt durch das wohlfeilere Adeps lanae, und auch in dieser Form war die Heilung eine

vollständige, sodass Autor für alle Fälle von P. dringend folgende Salbe empfehlen kann:

**Rp.**

*Sol. calcii. bisulfurosi* 60,0

*Adip. lan.*

*Vaselín. aa* 20,0.

M. f. ung.

Zur Verhütung von Rückfällen lässt man am besten noch 1—2 Monate lang 1 Mal wöchentlich die Eichhoff'sche Chininseife einseifen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1895 Bd XX. No. 3.)

**Prostatahypertrophie.** W. Manasse empfiehlt die **Behandlung mit Mastdarmtamponade** auf Grund von Untersuchungen an gefrorenen Leichen, die von mehreren Autoren angestellt worden sind, sowie auf Grund eigener günstiger therapeutischer Erfahrungen. Braune hat gefunden, dass nach Ausdehnung des Mastdarmes durch einen Kolpeurynter das Orific. intern. urethrae, welches sich sonst hinter der Mitte der Symphyse befindet, den oberen Rand der letzteren erreicht. Andere zeigten, dass durch die Rectumtamponade die prävesicale Peritonealfalte eine starke Verschiebung nach oben erfährt und dass der bei voller Blase nach unten tretende Fundus vesicae gehoben wird. Ferner bewies Fehleisen, dass der Fundus vesicae, der bei leerem Mastdarm und leerer Blase ziemlich horizontal steht in einer Höhe, welche der Grenze des unteren und mittleren Drittels der Symphyse entspricht, bei Füllung der Blase nach unten bis zum unteren Rande der Symphyse tritt, bei Füllung des Rectums dagegen nicht nur nach oben verschoben wird, sondern auch eine stark nach vorn abfallende Lage einnimmt. Die Hebung des Fundus und die durch den Kolpeurynter hervorgebrachte Veränderung der hinteren unteren Blasenwand legten nun den Gedanken nahe, diese That-sachen bei der Therapie der P. zu verwenden, bei der die Formveränderung der Blase ja eines der wichtigsten Momente ist, wie auch Guyon sagt: „denn das Trigonum ist gleichzeitig mit dem Orific. intern. durch die Prostata hervorgehoben, sodass unmittelbar dahinter sich eine oft enorme Depression, der sogenannte bas fond der Blase ausbildet, in welchem der Urin stagnirt und welcher solche

Ausdehnung gewinnen kann, dass in ihm gelegene Harnsteine sowohl der Sondenuntersuchung, als der Lithotripsie unzugänglich gemacht werden.“ Es galt, einen ohne Schaden tragbaren Mastdarmtampon zu construiren, der jene Senkung des unteren hinteren Blasensegmentes, die häufige Ursache des schlimmen Ausganges der P. auszugleichen im Stande war. Dieser Tampon (hergestellt von Schulze, Berlin, Johannesstr. 14/15) besteht nun aus einem sehr weichen, ca. 25 cm langen Gummischlauche, um welchen ca. 1 cm von der abgestumpften offenen Spitze ein dünner Gummibeutel angebracht ist, der ausser Communication mit dem Gummischlauch steht; in den unteren Theil des Gummiballons führt ein dünner Gummischlauch, vermittels dessen man den Ballon mit Luft oder Flüssigkeit anfüllen kann. Die Vorzüge des Tampons bestehen in der Weichheit des Materials, die eine Verletzung der Mastdarmschleimhaut mit Sicherheit ausschliesst, sodann in der Unabhängigkeit des offenen Mastdarmrohres von den dasselbe umgebenden Tampons, welche ein Entweichen der Flatus zulässt, ein für das längere Verweilen des kleinen Apparates wichtiger Umstand. Vor der Einführung am besten Reinigungsklystier; nachher bringt man den gut geölten Ballon, aus dem man vorher die Luft ausgedrückt hat, leicht an's Rectum, wo man ihn langsam vorschiebt, bis er mit seinem unteren Theile den unteren Rand der Prostata erreicht, worauf die Füllung des Tampons (indem man durch eine gewöhnliche Spritze soviel Glycerin einspritzt, als zur prallen, aber nicht forcirten Dehnung des Tampons nöthig ist) und das Verschliessen des zuführenden Schlauches durch Quetschhahn erfolgt. Die Wirkung der Tamponade ist eine 3fache:

1. Der Tampon bewirkt völlige Entleerung der Blase auch da, wo solche vorher ausgeschlossen war. Durch Hebung und Ausgleichung des hinter der Prostata gelegenen Blasensegmentes kann der gesammte Urin den Katheter passiren. Oft konnte nach regelrecht und ausgiebig geübtem Katheterismus, wonach in keiner Stellung des Katheters noch Harn entleert werden konnte, die sofortige Einführung des Tampons noch grössere oder kleinere Mengen Harns zu Tage fördern. Das Instrument ist also ein wichtiges Unterstützungsmittel für die einzig

rationelle Behandlung der P., d. h. der rechtzeitigen und dauernden künstlichen Entleerung des gesammten Harns.

2. Durch den stetigen elastischen Druck auf die Prostata werden die erweiterten Venen vor Ueberfüllung geschützt. Wenn dem Prostatiker in der 2. Krankheitsperiode die Nachtruhe geraubt wird, so liegt das in der durch die Bettwärme hervorgerufenen Fluxion zu den Beckenorganen mit folgender venöser Stauung, wodurch auch die schweren intercurrenten Attaken mit acuter Harnverhaltung bedingt werden. Hier leistet der regelmässig eingeführte Tampon die wichtigsten Dienste!
3. Der öfters und längere Zeit eingeführte Tampon verhindert eine Distension der Blase auf mechanische Weise, indem durch ihn das Blasen-volumen verkleinert und das Harnbedürfniss bei geringer Füllung hervorgerufen wird.

(Berliner medic. Gesellschaft, 6. Februar 1895. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 7.)

— Mit der **Castration**, welche schon früher von einem englischen Autor warm empfohlen ist, hat Dr. R. Lützens (Celle) einen eclatanten Erfolg erzielt. Der 65jährige Patient, der seit mehreren Jahren an Harnbeschwerden litt, wies eine P. von Hühnereigrösse auf. Spontanes Uriniren unmöglich, Katheterismus mit grossen Schwierigkeiten verknüpft. Daher entschloss sich Autor zur Operation und entfernte beide Hoden. Bald nach der Operation schon spontanes Uriniren möglich, am 10. Tage konnte der Katheter ganz entbehrt werden! Nach der Operation zunächst am Tumor keine Veränderung, doch am 10. Tage bereits Kleinerwerden zu constatiren, das immer deutlicher wurde. Nach einigen Wochen völliges Wohlbefinden, nach 5 Monaten post operat. keine P. mehr zu entdecken! Nach dieser glücklichen Operation gedenkt Autor jeden weiteren Fall von stärkerer P. operativ zu behandeln.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 5.)

**Rhinitis.** L. Wróblewski (Warschau, evang. Hospital) hat die **Tinct. Jodi** mit Erfolg bei Rh. angewandt. Er benützt nur kleine Pinsel aus hydrophiler Watte, die

er aber nur wenig befeuchtet, um das Mittel tüchtig in das Gewebe einreiben zu können, ohne dass ein grösseres Gebiet, als beabsichtigt wird, davon benetzt wird. Bei empfindlichen Individuen, zumal bei der ersten Anwendung, anästhesirt Autor das Gewebe ein wenig durch eine einmalige Bepinselung mit 5% Cocainlösung, sonst aber ist dies nicht nöthig, da der Schmerz recht gering ist und nur einige Minuten anhält. Gleich nach der Einreibung der Jodtinctur färbt sich die Schleimhaut braun, wird trocken und gerunzelt, ungefähr  $\frac{1}{2}$  Stunde darauf bildet sich auf derselben eine dünne weisse, schleierähnliche Decke, die gewöhnlich Tags darauf schwindet, eine röthliche, glänzende, exquisit feuchte Schleimhaut hinterlassend. Bei *Rh. atrophica* reibt Autor nach Ausspritzung und Reinigung der Nase die Jodtinctur am 1. Tage in die Schleimhaut beider Nasenlöcher, am 2. Tage in die der Nasenrachenhöhle, am 3. in die des Rachens ein. Dann für einige Tage Pause, dann die gleiche Procedur in derselben Reihenfolge. Zuweilen dieser Turnus 3—4 Mal. Schon nach dem ersten Mal Erleichterung, allmählig wird die Schleimhaut succulenter und feuchter und es tritt Heilung ein. Bei *Ozaena* wäscht Autor die Nase gründlich mit einer grossen Flüssigkeitsmenge (Borsäure, Soda u. s. w.) aus und entfernt den Rest des Secrets mit einem in Cocainlösung getauchten Pinsel, wodurch gleichzeitig Anästhesie erzeugt wird. Darauf wird die Jodtinctur überall eingerieben, wobei besonders die mittlere Muschel möglichst von allen zugänglichen Stellen aus behandelt wird. Zuerst wird abwechselnd nur die eine und die andere Nasenöffnung behandelt (gewöhnlich 8 Tage lang), dann 1 Mal in einer oder in 2 Wochen beide zugleich. Schon nach einer Woche bedeutende Abnahme der Secretion und des Geruches, so dass die Nasenausspritzungen seltener (1 Mal in 2—3 Tagen) nöthig werden, und die Besserung schreitet schnell vorwärts.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 3.)

- Ein neues Mittel, das Tetrajodphenolphthalein oder „*Nosophen*“ hat Privatdoc. Dr. Seifert (Würzburg) hauptsächlich in der rhinologischen Praxis geprüft. Das durch Einwirkung von Jod auf Phenolphthalein entstehende Mittel, ein schwach gelb gefärbtes, ca. 60% Jod enthaltendes Pulver, das sich durch seine hervorragenden baktericiden Eigenschaften, durch seine Schwer-

löslichkeit, Geruchlosigkeit und leichte Zerstäubbarkeit auszeichnet, entwickelte eine bedeutende austrocknende Wirkung und bewährte sich so besonders bei mit übermässiger Secretion einhergehenden Erkrankungen der Nase. Behandelt 20 Fälle von **Rh. hypersecretoria** mit Einblasungen von Nosophen (Kranke mit Conjunctivitis eczematosa und Eczema varium infolge von Rh. hypersecretoria). In einem grossen Theil war Autor überrascht von der austrocknenden Wirkung des Nosophens: nicht nur, dass die Secretion der Nasenschleimhaut sich nach 2, oft schon nach einem Tage verringerte, auch die Entzündungserscheinungen am Naseneingange gingen rascher zurück, als früher bei Behandlung der Rh. hypersecretoria mit Wismuth, Aristol, Europhen oder Sozjodolpräparaten. Ferner 12 Fälle von **Rh. acuta** mit Nosopheneinblasungen (2—3 pro die) behandelt. Effect nicht so auffallend, wie bei der anderen Form, aber die profuse Secretion doch stets am 2. Tage deutlich vermindert und dementsprechend auch die lästigen Symptome der Nasenschwellung. Das Mittel bewährte sich auch zur Nachbehandlung von Aetzungen mit Chromsäure und Trichloressigsäure, wie sie Autor zur Beseitigung von diffusen und circumscribten Schleimhauthypertrophieen seit Jahren vornimmt statt der galvanokaustischen Behandlung, die sich als zu gefährlich erweist. Nach den Aetzungen sind besonders als Nachwirkungen bei unzureichender Nachbehandlung die fibrinösen Exsudationen zu fürchten, deren Entstehung unzweifelhaft Mikroorganismen zu verdanken ist. Um derartiges zu vermeiden, verfährt jetzt Autor erfolgreich folgendermaassen: „Nach Cocainisirung der betreffenden Parthie der Nasenschleimhaut wird mit einer Sonde, in deren rinnenförmig ausgehöhltes Ende einige Chromsäurekrystalle eingedrückt sind, die zu ätzende Stelle gleichmässig bestrichen, nach etwa 2 Minuten langer Einwirkung des Aetzmittels die Nase mit einer schwachen Natronlösung ausgespritzt, die Nase vorsichtig ausgetrocknet und nun Nosophen eingeblasen, sodass eine mässig dicke Schicht des Pulvers die geätzte Fläche gleichmässig bedeckt. Die Einblasungen werden täglich wiederholt, bis der Aetzschorf abgefallen ist, was in der Regel nach 5—6 Tagen geschieht.“ Seitdem Autor so vorgeht, hat er fibrinöse Exsudationen nach Aetzungen mit Chromsäure nicht

mehr beobachtet. Galvanokaustische Aetzungen gebraucht er fast nur noch zur Zerstörung von Polypenresten oder um nach Beseitigung des oder der Polypen die nächste Umgebung der Polypenbasis mit dieser zu zerstören, damit ein Recidiv möglichst vermieden werde. Nach der Galvanokaustik wird Nosophen eingeblasen und diese Manipulation täglich wiederholt, 4—5 Tage lang, bis auch hier die Gefahr einer fibrinösen Exsudation geschwunden ist. — Auch einige Fälle von **Balanoposthitis** mit Nosophen behandelt: erst reinigte Autor den Vorhautsack gut, bestreute dann die Oberfläche der Glans und das innere Blatt des Präputiums mit einer dünnen Schicht Nosophen und legte zwischen beide eine ganz dünne Lage hydrophiler Watte ein; nach 24 Stunden Erneuerung des Verbandes. Nach 3 Tagen Erosionen überhäutet, Vorhautsack ganz trocken. — Ferner 5 Fälle von **Ulcus molle**: nach Reinigung des Geschwürsgrundes Aetzung mit Liq. ferri, dann Nosophen aufgestreut und darüber dünne Schicht Watte. So angewandt steht Nosophen dem Euphron hier an Wirksamkeit nicht nach! — Von **Ekzem** nur 1 Fall behandelt: intertriginöses, nässendes Ekzem, welches bei einem Patienten mit Bubo suppur. unter dem Verbande in der Schenkelbeuge entstanden war. Hier trocknete das Nosophen in geradezu überraschender Weise aus und brachte die Affection in 3 Tagen völlig zum Verschwinden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 12.)

**Seekrankheit.** Die vor Kurzem zur Ausgabe gelangte Sanitätsordnung für die deutsche Kriegsmarine giebt folgende Vorschriften: „In den meisten Fällen wird die S. allmählig durch Gewöhnung überwunden, bei schwächlicher Körperanlage und bei vorhandenen Organleiden des Magens können jedoch durch schwere Verdauungsstörungen und das heftige unstillbare Erbrechen bedenkliche Zustände herbeigeführt werden. Zur Vorbeugung empfiehlt sich der anhaltende Aufenthalt auf Oberdeck, besonders mitschiffs und die fortgesetzte Thätigkeit in frischer Luft unter Anspannung der Willenskraft, auch der Genuss von kleinen Mengen leicht verdaulicher Nahrungsmittel und von Alkohol ist trotz des bestehenden Widerwillens zweckmässig. In schweren Fällen



ist die Rückenlage, am besten in der Hängematte und bei geschlossenen Augen dienlich, bis grössere Gewöhnung oder mässigere Bewegung des Schiffes eingetreten ist. Gegen das anhaltende heftige Erbrechen erweisen sich Eis, geistige Getränke, besonders Selterwasser mit Cognac, und narkotische Mittel als zweckdienlich.“

(Zeitschrift für Krankenpflege 1895 No. 1.)

**Sterilität.** Prof. Dr. Kisch (Prag-Marienbad) empfiehlt warm **Brunnen- und Badecuren gegen weibliche Sterilität.** Die weitaus häufigste Ursache der letzteren liegt in Exsudatresten nach Pelveoperitonitiden, welche die Peritonealüberzüge der Ovarien, der Tuben und des Uterus betreffen, und nach Parametritis, sowie in den hierdurch gesetzten Adhäsionen und Verlöthungen. Diese Erkrankungen können aus frühester Jugend datiren und im jungfräulichen Alter stattgefunden haben, oder auch z. B. bei Ein-Kind-Sterilität Folge von Puerperalprocessen sein. Hier empfehlenswerth die Mooreisenbäder (Elster, Franzensbad, Marienbad) und kräftige Soolbäder (Kreuznach, Münster, Hall, Ischl, Kösen, Reichenhall, Cannstadt, Elmen, Kreuth, Wittekind, Rehme, Nauheim u. s. w.). Diese Bäder sollen als Vollbäder mit hoher Temperatur, von 29—32° R., durch 20—30 Minuten zur Anwendung kommen und durch heisse Irrigationen resp. Moorkataplasmen unterstützt werden, bei welcher Cur oft hartnäckige, anderen Medicationen Jahre lang Widerstand leistende Exsudatreste binnen wenigen Wochen verkleinert oder zum Verschwinden gebracht werden. Daneben wirken als vorzügliches Unterstützungsmittel Trinkcuren mit kalten Glaubersalzwässern (Marienbad, Tarasp, Franzensbad, Elster, Rohitsch) sowie mit Kochsalzwässern (Kissingen, Homburg) sehr gut, indem sie in Folge ihres Einflusses auf den Darmcanal eine Entlastung der Unterleibsgefässe vom Blutdruck herbeiführen und die aus der Stase hervorgehenden Hyperämieen des Uterus und seiner Adnexa bekämpfen. In jenen Fällen, wo die den ganzen Uterus oder einen grossen Theil desselben betreffende Hyperplasie des Uterusparenchyms, die durch endometrische Processe verursachte Vergrösserung des ganzen Gebärorganes oder vorzugsweise Verdickung und Verlängerung der Cervix, ferner die mangelhafte Involution nach dem

Puerperium die Bebrütung des Eies hindern, wirkt die Anwendung der bezeichneten und ähnlichen purgirenden Mineralwässer ausserordentlich günstig auf jene Nutritionsstörungen ein. Bedingen Anämie und Chlorose die St., so wird man die reinen, kohlensäurereichen Eisenwässer (Boklet, Cudowa, Driburg, Pyrmont, Schwalbach, Elster, Franzensbad, Königswarth, St. Moritz, Spaa, Steben, Reinerz, Rippoldsau u. s. w.) empfehlen und von ihrer innerlichen Anwendung in Verbindung mit den Sauerlingsbädern und Stahlbädern gute Erfolge sehen. Sterile Frauen, deren scrophulöser Habitus auffällig ist, wird man in die bereits erwähnten Soolbäder senden und sie zugleich ein jodhaltiges Kochsalzwasser (Hall, Krankenheil) oder ein arsenhaltiges Mineralwasser (Levico, Roncegno, Gruberquelle) trinken lassen. Für zarte, schwächliche Frauen, bei denen katarrhalische Erscheinungen auf den verschiedenen Schleimhäuten in den Vordergrund treten und die katarrhalische Affection des Genitaltractus, besonders Schwellung und Hypersecretion der Cervixschleimhaut mit Stagnation des Secretes ein mechanisches Hinderniss der Conception bietet, sind Bäder mit alkalisch-muriatischen Quellen (Ems, Neuenahr, Gleichenberg, Vichy) verbunden mit Scheidenbepülungen geeignet, günstig einzuwirken. Bei profluirender Hypersecretion, wie sie öfter mit dem Befunde totaler Erschlaffung der Genitalien, einem dünnen, schlaffwandigen Uterus mit weiter Höhle, weiter Vagina und Welkheit der Musculatur des Beckenbodens einhergeht, sind Bäder mit den adstringirend wirkenden schwefelsauren Eisenwässern (Alexisbad, Muskau, Ratzes, Parad, Levico) empfehlenswerth, ebenso bei den katarrhalischen Genitalaffectionen gonorrhoeischen Ursprunges. Ist hochgradige Fettleibigkeit Ursache der St., so sind neben strenge durchgeführtem Regime die Glaubersalzwässer (Marienbad, Tarasp) oder Bitterquellen (Friedrichshall, Saldschütz, Püllna, Ofner) indicirt. Bei Vaginitis leisten Akratothermen von nicht hoher Temperatur (Schlangenbad, Landeck, Römerbad, Tobelbad, Tüffer, Wildbad, Johannisbad) Wesentliches, und bei Ausfall der sexuellen Erregung (Dyspareunie) erweisen sich kühle Sauerlingsbäder mit sehr bedeutendem Kohlensäuregehalt, sowie Moorbäder, ver-

bunden mit Vaginaldouchen von kohlensäurereichem Mineralwasser oder von reinem kohlensaurem Gase (kohlensaure Gasbäder) als nützlich; ist die Dyspareunie bei fettleibigen, pastösen Individuen Theilerscheinung allgemeiner Torpидität, so wird man nach einer entsprechenden Badecur Aufenthalt in einem alpinen Klima oder an der See empfehlen und solche Frauen während des Sommers in die Schweiz, nach Tirol oder an die Nordsee schicken.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 1.)

**Trichinosis.** Generalarzt a. D. Dr. G. J. C. Müller (Posen) empfiehlt die **Tinct. Strychni**, mit der, wie er glaubt, erfolgreich die junge auf der Wanderung begriffene Brut abgetödtet werden kann. Er behandelte 14 Fälle damit (Dosis: 1 gr pro die), die sämtlich erst in der 2. Woche nach Genuss trichinösen Fleisches zur Behandlung kamen, und von denen 3 schwere waren. Bei diesen Besserung nach 5 Tagen, Heilung nach 10 Tagen, bei den leichteren Besserung schon nach 3, Genesung nach 5 Tagen.

(Der ärztl. Praktiker 1895 No. 4.)

**Ulcera cutanea.** Prof. Dr. G. Lewin (Berlin) empfiehlt warm die **Behandlung hartnäckiger U. durch zerstäubte Flüssigkeiten**, die also mittelst des Sprays applicirt werden. Die Wirkung ist eine dreifache: durch die in die feinsten Risse und Verstecke der Geschwüre eindringenden Wasserpartikelchen wird das eitrige Secret in schmerzloser Weise vollständig entfernt; gleichzeitig übt ihr Anprallen einem Reiz aus, dessen Wirkung sich in einer alsbald erhöhten Röthe der Wundfläche und dem Hervorschiessen gesunder Granulationen nach relativ kurzem Gebrauch zeigt; endlich wird eine wohlthätige Abkühlung der entzündeten Fläche erzeugt. Demgemäss hat sich dem Autor diese Medication vorzugsweise bei torpider Beschaffenheit der Granulationen bewährt. Diese bestehen ja aus einem bindegewebigen Grundstock und neugebildeten Capillaren; überwiegen die letzteren, so bilden sich schwammige, leicht blutende Granula, überwiegt das Bindegewebe, so bilden sich feste Granulationen. Im letzteren Falle zeigt sich die Wirkung des Sprays oft ganz überraschend, doch auch im ersteren ist der

Erfolg ein guter, natürlich falls die richtige Flüssigkeit gewählt wird, d. h. also bei torpiden Granulationen besonders Vin. camphor., bei schwammigen eine Lösung von Liq. ferri sesquichlorat. in Camillentheee, zur Reinigung von putriden Secreten verdünntes Chlorwasser. Selbstverständlich darf dabei die allgemeine Therapie (Anaemie, Tuberculose, Lues u. s. w.) nicht vernachlässigt werden. Auch zur Behandlung von ulcerirenden Bubonen eignet sich der Spray vorzüglich, selbst bei gangränöser Beschaffenheit in verzweifelten Fällen!

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1895 No. 4.)



## Vermischtes.

---

- Dr. Groenouw (Breslau, Klinik für Augenkranke) empfiehlt ein **Mydriaticum von rasch vorübergehender Wirkung, Ephedrin-Homatropinlösung**, die also Cocain und Homatropin übertrifft, deren Mydriasis fast einen ganzen Tag bestehen bleibt. Für diagnostische Zwecke ist aber nur ein Mydriaticum ganz passend, welches die Pupille innerhalb kürzester Zeit maximal erweitert, um nach Verlauf einer kurzen Zeit keine Spuren seiner Wirkung mehr zu hinterlassen. Diesen Anforderungen genügt eine combinirte Ephedrin-Homatropinlösung:

Rp.

*Ephedrin. hydrochloric. 1,0*

*Homatropin. hydrochloric. 0,01*

*Aq. dest. 10,0.*

Diese Lösung, welche stets 1 Mal zu 2—3 Tropfen in den Bindehautsack eingeträufelt wurde, erzeugt manchmal etwas Brennen, niemals aber Reizerscheinungen. Auf die Accommodation hat sie keinen Einfluss. Die Pupille beginnt sich nach durchschnittlich  $8\frac{1}{2}$  Minuten (Schwankungen von 6—13 Minuten) zu erweitern, erreicht das Maximum ihrer Grösse nach  $1\frac{1}{2}$  Stunde (Schwankungen von 23—40 Minuten), beginnt sich nach 1 Stunde (Schwankungen von 32—80 Minuten) wieder zu verengen und hat nach etwa 4—6 Stunden wieder ihre ursprüngliche Weite erlangt. Die grösste überhaupt erreichbare Mydriasis hält  $1\frac{1}{2}$  Stunde lang an (Schwankungen von 15—45 Minuten), und beträgt der Pupillendurchmesser hier 4,5—7,0 mm. Hat obige Lösung nur die halbe Stärke, so verursacht sie absolut kein Brennen, aber sie wirkt weniger

energisch. Die Erweiterung der Pupille beginnt auch nach  $8\frac{1}{2}$  Minuten, die grösste Mydriasis wird aber erst nach 40 Minuten erreicht und beginnt bereits nach 56 Minuten nachzulassen; das Maximum der Wirkung hält kaum 20 Minuten an und ist geringer.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 10.)

- Als **roborirendes Pulver für schwächliche Kinder** empfiehlt Lutaud:

**Rp.**

*Sacch. lact.* 60,0

*Ferr. lact.* 2,0

*Calc. carbonic. praecip.* 30,0

*Calc. phosphoric.* 15,0.

M. D. S. 1 Kaffeelöffel voll auf 1 Liter Milch.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 3.)

- **Ueber den Velocipedsport und seine Wirkungen** lässt sich B. W. Richardson, selbst ein Anhänger des Sports, nach seinen Erfahrungen also aus: Das Radfahren, wenn in mässigem Grade betrieben, kann Personen mit gesundem Herzen nur empfohlen werden. Herzleiden ist keine absolute Contraindication, im Gegentheil kann Radfahren von grossem Nutzen sein in Fällen mit schwacher Herzaction oder bei beginnender fettiger Degeneration, da die vermehrte Arbeitsleistung und die beschleunigte Circulation den Herzmuskel selbst zu stärken im Stande ist. Ueberanstrengung verursacht aber Vergrösserung des Herzens und Hypersensibilität; wenn lange fortgesetzt, bewirkt sie Herabsetzung des arteriellen Druckes und degenerative Strukturveränderungen der Organe. Nervöse Personen sind nicht geeignet, besonders ist das Fahren in belebten Strassen wegen der damit verbundenen vermehrten Aufregung für sie von grösstem Nachtheil. Ebenso bilden Atheromatose, Aneurysma u. s. w. Contraindicationen. Venöse Stauungen dagegen scheinen sehr günstig beeinflusst zu werden, ebenso Blutarmuth, und Autor und W. Dalby empfehlen angesichts der guten hygienischen und therapeutischen Wirkungen eines in mässiger Weise betriebenen Radfahrens dasselbe für Frauen und Mädchen, besonders bei Anämie und Chlorose. Schädlich ist besonders das Bergauffahren, das forcirte und Rennfahren und der reich-

liche Gebrauch von alkoholischen Stimulantien während der Fahrt, sowie mangelhafte Zufuhr von leicht verdaulicher, kräftiger Nahrung. — Sanson empfiehlt das Radfahren als wichtigen Factor bei Behandlung der Klappenerkrankungen, der gleich der Oertel'schen Methode wirke.

(Medical Society London, 14. Januar 1895. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 8.)

- Ein **neues Dauerkataplasma** ist von Dr. Kusserow construirt worden, durch das die Nachtheile der üblichen Brei- und Leinsamenumschläge (oftmalige Erneuerung und dadurch hervorgerufene Störung des Patienten und Mühe für den Pfleger, rasche Abkühlung, Unsauberkeit u. s. w.) umgangen werden. Das neue Dauerkataplasma enthält in einem wasserdicht verschlossenen Kissen aus schwarzem Patentgummi ein Gemisch, das die Wärme ausserordentlich conservirt und ohne Erneuerung immer wieder verwendet werden kann. Seine Vorthelle sind also: 1. Lang andauernde, constante Wärmeconservirung; 2. in Folge dessen seltener Wechsel und geringe Patientenbelästigung; Ausdauern der Wärme während der ganzen Nacht, Möglichkeit der Anwendung ohne Berufsstörung; 3. Sauberkeit der Handhabung; 4. Billigkeit in Folge der unbeschränkt häufigen Verwendbarkeit (Preis in Grösse 17/23 cm beim Medic. Waarenhaus, Berlin N. Friedrichstr. 108, M. 4; auch andere Grössen, auch ein in Halsform gefertigtes Kataplasma auf Wunsch ebenfalls zu haben). — Um das Kataplasma zu gebrauchen, wird dasselbe mit einem Leinentuche umhüllt und in siedendes Wasser gelegt, das  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde, je nach der Grösse des Umschlages, im Sieden erhalten wird; nach dem Herausnehmen hat das Kissen eine Temperatur von ca. 60 ° C. und kann nun nach Belieben als trockener und feuchter Umschlag (im letzteren Falle nasse Leinwandwandlappen, z. B. Taschentücher, Handtücher, zwischen Kataplasma und Körper zu legen, anderenfalls trockene) benützt werden.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1895 No. 4.)

- Grawitz empfiehlt dringend **Sandbäder**. Für locale Bäder, z. B. bei Rheumatismus der Haud- und Finger-gelenke, sind keine complicirten Apparate erforderlich: in einem feuersicheren Gefäss werden grössere Mengen

Sand erhitzt und derselbe dann in ein anderes Gefäss gebracht, in das der Patient eine Extremität hineinhält, event. sich ganz hineinbegiebt. Natürlich kann man bessere Einrichtungen treffen: auf einem mit Rädern versehenen Holzgestell liegt ein Heizkörper, eine hohle Metallplatte, die mit einer Heisswasser- oder Dampfheizung verbunden und so geheizt werden kann. Darauf ruht die eigentliche Badewanne aus Holz, deren Theile auseinandernehmbar sind, sodass der Sand leicht hineinzubringen ist. Durch eine senkrechte Wand ist der ganze Raum in eine grössere Abtheilung getheilt zur Aufnahme des Kranken und eine kleine zur Bergung von Reservesand. Die ganze Anlage ist wenig kostspielig. Man benützt möglichst feinen Fluss-sand, der 15 cm hoch liegen muss. Mit Hülfe von Ventilen und durch fleissiges Umschütteln des Sandes kann man die Temperatur leicht reguliren, die 50 ° R. betragen soll. Der Kranke wird hineingebracht, mit dem Kopf auf ein Kissen gelegt und bis zum Halse mit Sand zugedeckt; ein dickes Tuch wird darüber gedeckt und, wenn angängig, wird der Kranke nunmehr in einen anderen Raum oder am besten in's Freie gerollt. Seit Jahresfrist werden diese Bäder in der Charité gegeben, und zwar mit sehr befriedigendem Erfolg. Derselbe ist am ausgesprochensten bei chronischem Rheumatismus und namentlich bei der sonst allen Heilbestrebungen trotzens Arthritis deformans. Auch bei Ischias gute Resultate! Ebenso bei Exsudaten, besonders bei Hydrops bei Herzklappenfehlern, wobei besonders die merkwürdige Toleranz der Kranken diesen Bädern gegenüber zu betonen ist: bei einer Kranken, bei der die Diuretica versagten, genügten wenige Bäder, um den Hydrops zu beseitigen. Die Bäder gewähren folgende Annehmlichkeiten:

1. Sie können auch von Schwerkranken gebraucht werden, ohne dass derartige üble Zufälle, wie bei anderen heissen Bädern, zu befürchten sind; besonders Collapse bei Nieren- und Herzkranken sind nicht beobachtet.
2. Gerade Kranke mit Herzfehlern vertragen die Bäder anscheinend ausgezeichnet. Fast sämtliche damit behandelte Rheumatiker waren mit solchen behaftet, nie trat ein übler Zufall ein.
3. Sonstige Störungen des Allgemeinbefindens, wie sie oft bei hohen Wärmegraden vorkommen, sind sehr



selten; Kopfschmerzen werden sehr wenig, Ohnmachten gar nicht beobachtet.

Die Sandbäder unterscheiden sich von den Heisswasserbädern zunächst ja durch ihre höhere Temperatur; bei 50° R. fühlen sich die Kranken am wohlsten und gelangen dabei sehr schnell zu profusen Schweissen, wobei die Körpertemperatur nur wenig ansteigt, sodass eine Ueberhitzung nicht eintritt. Die Sandschicht nämlich, die dem Körper anliegt, ist bald mit Schweiss durchtränkt und diese bleibt liegen, sodass nicht viel frische Wärme dem Körper zugeführt wird im Gegensatz zum Heisswasser- und Luftbad, wo durch fortwährende Strömungen stets neue heisse Theile des Mediums mit dem Körper in Berührung kommen. Ferner ist wichtig, dass bei diesen Bädern der Kranke sich in kühler Aussentemperatur befindet; der Kopf ist trocken und kühl, der Kranke athmet frische, trockene Luft ein, sodass auch noch durch die Respiration dem Körper Wasser abgegeben wird. Man lässt die Kranken anfangs  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ , später 1 Stunde im Bade, die Schweissmenge, die in 1 Stunde verloren wird, beträgt 1— $1\frac{1}{2}$  kg.

(Verein für innere Medicin in Berlin, 4. März 1895.  
(Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 23.) —



## Bücherschau.

**Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz.** Annales suisses des Sciences médicales. Basel und Leipzig 1895, Verlag von Carl Sallmann.

II. Reihe. Heft 7. **Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der circumscripten und diffusen Peritonitis.** Von Dr. E. Wieland. 42 S.

II. Reihe. Heft 8. **Beiträge zur Kenntniss der Divertikelbildungen und inneren Incarcerationen des Darmtractus.** Von Dr. A. Good. 51 S.

II. Reihe. Heft 9. **La Diminution de poids du Cerveau dans la Paralysie générale.** Von Dr. A. Mercier.

Wieder sind in rascher Aufeinanderfolge 3 Hefte der obigen Sammlung erschienen, der wir bereits zahlreiche interessante und hochwissenschaftliche Arbeiten verdanken und die uns auch mit den vorliegenden Heften hervorragende, für die theoretische und praktische Medicin wichtige Beiträge überliefert. — Die Ergebnisse der Wieland'schen, aus dem bakteriologischen Institut von Prof. Tavel in Bern hervorgegangenen experimentellen Untersuchungen bringen in gewisse dunkle Punkte in der Pathologie des menschlichen Peritoneums einiges Licht und suchen besonders die Vorgänge bei der chronischen, meist bakteriellen, manchmal auch bloss chemischen Entzündung des Peritoneums experimentell zu erhärten, was bisher noch nicht geschehen war. Die betreffenden Experimente wird Jeder mit Interesse verfolgen. — Die Good'sche Arbeit stammt aus dem Leichenhause des Cantonspitals St. Gallen. Sie schneidet tief in die

ärztliche Praxis ein und bringt eine höchst bemerkenswerthe Casuistik zu einem sehr wichtigen, aber leider noch ziemlich in Dunkel gehülltem Gebiet. In dem Buche werden einige klinisch und bei der Section genau beobachtete und untersuchte Fälle gründlich beschrieben und an jeden einzelnen dieser Fälle epikritische Bemerkungen geknüpft, welche die Situation nach allen Richtungen hin beleuchten. Diese mit Geist und Schärfe ausgeführten Epikrisen verleihen dem Büchlein einen besonderen Werth. — Auch die dritte Arbeit ist mit vielem Fleisse geschrieben und bringt interessante Details genug, deren genaueres Studium im Original wir dringend empfehlen.

**Real-Encyclopaedie der gesamten Heilkunde.**  
Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg. III. gänzlich umgearbeitete Auflage. 5. Band. Wien 1895, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 668 S. Preis: M. 15.—, gebd. M. 17.50.

Wieder ist das gewaltige Werk um einen Band vorwärts geschritten. Derselbe legt von Neuem beredtes Zeugniß ab von der Gründlichkeit in der Bearbeitung der einzelnen Abschnitte und von der redactionellen Tüchtigkeit des Herausgebers, der es verstanden hat, trotz Einfügung vieler neuer Artikel — wir nennen hier nur einige grössere: „Compression“ von Wolzendorff, „Condylom“ von v. Zeissl, „Contractur“ von Seeligmüller, „Croup“ von B. Fraenkel, „Darmneurosen“ von Rosenheim, „Delirium“ von Mendel, — und trotz vollster Rücksichtnahme auf die Resultate der neuesten Forschungen den Umfang des Bandes eher zu verringern, als zu vergrössern. Dies konnte nur geschehen durch Ausmerzung mancher überflüssiger Abschnitte, durch Kürzungen gewisser Weitschweifigkeiten und Knapperfassung der Diction. Bei manchen Artikeln sind freilich die Verkürzungen etwas zu weit gehend. Ich habe hier z. B. den Artikel „Cosmetica“ im Auge, der doch soweit in das Gebiet der ärztlichen Thätigkeit gehört, dass ihm ein grösserer Raum hätte offen bleiben müssen. Das sind aber Ausnahmen. Im Allgemeinen hat der Herausgeber und seine durchweg illustren Mitarbeiter durchaus das Richtige getroffen und ein fast unübertreffliches Nachschlagewerk geschaffen. Auch diesen Band schmücken zahlreiche Abbildungen, auch in diesem Band zeigen die einzelnen Artikel am Schlusse jedesmal ganz genaue Litteraturverzeichnisse; ich verweise z. B. auf den auch sonst ganz hervorragenden Artikel Wernich's „Desinfection“, bei dem wir 365 Nummern in dem Litteraturverzeichniss aufgezählt finden!

**Kneipp und seine ärztlichen Jünger.** Von Dr. Cl. Niemann. Frankfurt a. M. 1894, Verlag von Johannes Alt. 78 S. Preis: M. 1.50.

Die Schrift, welche hauptsächlich eine Kritik und Widerlegung der vom Kneippparzte Dr. Baumgarten in seinen Büchern über die Kneipp'sche Methode niedergelegten Ansichten darstellt, ist mit einer Schneidigkeit und Schärfe geschrieben, dass man seine Freude daran haben kann. Der Verfasser geht nicht gerade immer zart mit seinen Gegnern um, aber er urtheilt doch stets sachlich und hält sich in den Grenzen der wissenschaftlichen Kritik. Wir können die Lectüre den Collegen warm empfehlen!

**Dr. Martin Mendelsohn's Zwischen ärztlicher Kunst und medicinischer Wissenschaft.** Von Dr. Bernard. Frankfurt a. M. 1895, Verlag von Johannes Alt. 26 S. Preis: M. —.80.

Auch eine Streitschrift, die aber neben manchen Schlägen recht viele Sätze bringt, mit denen der Autor „danebenhaut“. Jedenfalls aber bietet der Inhalt viel Interessantes, nicht allein für Diejenigen, welche mit Mendelsohn's Buch sich vertraut gemacht haben, sondern auch für Diejenigen, welche diese geistreiche Schrift noch nicht kennen.

**Diagnostisch-therapeutisches Vademecum.** Von Dr. Schmidt, Dr. Friedheim, Dr. Lamhofer und Dr. Donat. Leipzig 1895, Verlag von Joh. Ambr. Barth (Arthur Meiner). 315 S. Preis: gebd. M. 6.—.

Das handliche, ungemein compendiöse Büchlein (es wurde ganz dünnes, holzfreies Papier verwendet, um den Umfang möglichst zu verringern) hat einen reichen Inhalt, der dem ärztlichen Praktiker in Augenblicken der Unsicherheit als Auskunft- und Hilfsmittel zu dienen, recht geeignet ist. Den Haupttheil des Werkchens bildet ein Abriss der inneren Medicin incl. „Vergiftung“ und „Harn-Untersuchung“, in dem bei jeder einzelnen Krankheit das Wichtigste in knappster Form hervorgehoben wird. Es folgen ein kurzer Abriss der Hautkrankheiten und Syphilis, ein ebensolcher der Augenkrankheiten und einige wichtige Capitel der Gynäkologie. Vielleicht fügt der Autor letzteren bei einer gewiss bald nöthig werdenden 2. Auflage noch kurze Abhandlungen über Menstruationsanomalieen und Geschwülste der Sexualorgane bei, was gewiss freudig begrüßt werden würde.

**Lehmann's Medic. Handatlanten. Bd. VII.**

**Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie.** Von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. München 1895, Verlag von J. F. Lehmann. Preis: gebd. M. 10.—.

Wir haben schon wiederholt auf die Lehmann'schen Atlanten aufmerksam gemacht, welche durch ihren geringen Preis Jedem zugänglich sind und grössere Atlanten zu ersetzen sehr wohl im Stande sind. Der vorliegende Band ist einer der besten der Sammlung, den wir in die Hand bekommen haben. Die 64 farbigen Tafeln, welche den normalen Augenhintergrund und zahlreiche pathologische Veränderungen in vorzüglicher Weise wiedergeben, bilden ein ungemein nützliches Lehrmittel für den Praktiker und eine wünschenswerthe Ergänzung für jedes Lehrbuch der Augenheilkunde. Der vorausgeschickte Abriss der Ophthalmoskopie dürfte für Viele eine angenehme Zugabe sein.

**Grundzüge der Hygiene.** Von Prof. Dr. Prausnitz. München 1895, Verlag von J. F. Lehmann. 473 S. 2. erweiterte und vermehrte Auflage. Mit 192 Abbildungen. Preis: M. 7.—.

Prausnitz' Buch nimmt unter den Lehrbüchern der Hygiene, welche in letzter Zeit erschienen sind, eine hervorragende Stelle ein. Autor hat im Grossen und Ganzen das gesammte Gebiet der Hygiene und öffentlichen Gesundheitspflege gleichmässig bearbeitet, wobei die Forschungen der Neuzeit stets volle Berücksichtigung fanden. Die Sprache ist überall kurz und klar, die Darstellung fesselnd. Zahlreiche, meist schematisch — manchmal vielleicht etwas zu schematisch! — gehaltene Abbildungen erleichtern das Verständniss. Zu loben ist, dass in dem Buche die wörtlich angeführten Gesetze durch Cursivschrift hervorgehoben sind, was die raschere Orientirung ermöglicht. Aerzte und Studirende, auch andere Persönlichkeiten, welche ihr Beruf in Beziehungen zur Hygiene bringt, werden das Buch sicher mit vielem Nutzen gebrauchen.

In demselben Verlage ist erschienen  
(Besprechung vorbehalten):

**Ueber die natürliche Immunität gegen Cholera.**  
Von C. G. Gümpel. 72 S. Preis: M. 2.—.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 9.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

*Juni*

*IV. Jahrgang*

*1895*

**Anaemie, Chlorose.** Bunge (Basel) referirt über die „Eisen-therapie“. Er berichtet über die Hauptergebnisse der physiologischen Forschung über die Resorption und Assimilation des Eisens im menschlichen Körper. Der Körper eines Erwachsenen enthält circa 2—2½ gr Eisen, und zwar im Hämoglobin der rothen Blutkörperchen. Das eingenommene Eisen wird aber nicht als Material zur Hämoglobinbildung verwendet, sondern neuere Forschungen machen es in hohem Grade wahrscheinlich, dass das in den Körper gebrachte Eisen gar nicht resorbirt wird. Anorganisches, Hunden eingegebenes Eisen erscheint ohne Verlust in den Faeces wieder. Unsere natürliche Nahrung muss also andere Eisenverbindungen, d. h. organische enthalten, die resorbirbar und assimilirbar sind. Nach diesen forschte Autor, und er fand z. B. im Dotter eines Hühnereies eine solche, ein Nucleoalbumin. Die Milch dagegen enthält auffallend wenig Eisen, sie ist eisenarmer, als unsere wichtigsten Nahrungsmittel. Der Eisengehalt der Milch ist 6 Mal geringer als der des Gesamtorganismus des neugeborenen Thieres; was nützt es nun dem Thiere, dass es alle übrigen Stoffe proportional empfängt, wenn es vom Eisen 6 Mal zu wenig hat? Die Lösung des Widerspruches ist hier einfach die, dass das junge Thier bei der Geburt einen grossen Eisenvorrath besitzt, der in den Geweben aufgespeichert ist; von diesem zehrt das Thier im Wachsen, und darum ist es im Stande, trotz der Milchnahrung alle Gewebe zu ernähren. Bei Kaninchen beträgt der Eisengehalt bei der

Geburt mehr als 18 gr, bis zur Mitte der 3. Woche ist er auf  $\frac{1}{6}$  gesunken, genau zu der Zeit, wo das Thier von der Milchnahrung zur eisenreichen Pflanzennahrung übergeht. Wenn wir das Thier in der Zeit, wo der Eisenvorrath erschöpft und die Lactationsperiode beendet ist, ausschliesslich mit Milch zu ernähren fortfahren würden, dann dürfte es wohl anämisch werden. Kann man also Kindern nach Ablauf der Säuglingsperiode noch Milch als vorherrschende Nahrung empfehlen? Ist es nicht ein Missgriff, anämischen, schwächlichen Kindern vorwiegend Milch zu verordnen, ebenso anämischen Erwachsenen? Bei Säugethieren, bei denen die Lactationsperiode sehr kurz ist, wie z. B. Meerschweinchen, ist der Eisenvorrath sehr gering, in der Zeit nach der Geburt wenig höher, als später; dieselben nehmen schon am 1. Tage eisenreiche Vegetabilien zu sich und können daher wachsen, auch ohne Eisenvorrath (am meisten bevorzugen sie die grünen Blätter des Spinat, unter allen Nahrungsmitteln die eisenreichsten). Hier machte die Natur also ein Experiment, welches die Auffassung von der Bedeutung des Eisenvorrathes bestätigt. Hieran knüpft sich noch eine Frage zur Aetiology der Chlorose: Zweifellos bringt auch der menschliche Säugling bei der Geburt einen grossen Eisenvorrath mit; die Lactationszeit beim Menschen ist ja auch sehr lang. Dass diese ganze Eisenmenge vom mütterlichen Organismus assimiliert wird in der verhältnissmässig kurzen Zeit der Gravidität, erscheint fraglich. Es wäre doch denkbar, dass der mütterliche Organismus mit dieser Assimilation schon früher beginnt, schon vor der ersten Conception; daraus würde sich erklären, warum die Chlorose nur beim weiblichen Geschlecht auftritt, warum gerade zur Zeit der Pubertät. Freilich ist die Chlorose kein physiologischer Process, und ein gesundes Mädchen mit normalen Functionen wird leicht aus der entsprechenden Nahrung die nöthige Eisenmenge assimiliren und daneben noch den hypothetischen Vorrath für die Nachkommenschaft; wenn aber die normale Resorption und Assimilation gestört ist durch irgend welche Ursachen, dann kommt es zur Alternative: soll dem Kinde der Eisenvorrath geschmälert werden oder dem mütterlichen Organismus? und da die Natur immer zu Gunsten des Kindes entscheidet, die lebende Generation sich immer für die kommende opfern

soll, so muss eben die Mutter ihr Blut opfern! Noch einige praktische Bemerkungen: Die anorganischen Eisenpräparate werden keinesfalls als Material zur Hämoglobinbildung vom Organismus benützt, und man hat daher neuerdings vielfach versucht, künstlich hergestellte organische in die Therapie einzuführen. So hat Schmiedeberg die Resorbirbarkeit des „Ferratin“ bei Thieren nachgewiesen. Aber kann man aus der Resorbirbarkeit sofort auf die Assimilirbarkeit schliessen? Daraus, dass das Mittel resorbirt wird, folgt noch nicht, dass es zu Hämoglobin verarbeitet wird! Zweitens ist Ferratin eine Verbindung von Eiweiss und Eisenoxyd; die Verbindung wird daher schon im Magen peptonisirt, ein Theil des Eisenoxyds wird frei und durch die Salzsäure in Eisenchlorid umgestaltet, sodass es ätzend wirkt. Manche Aerzte haben auch nach der Darreichung Verdauungsstörungen gesehen, während andere das bestreiten. Die in der natürlichen Nahrung enthaltenen Eisenverbindungen werden vom Magensaft nicht angegriffen, ätzen nicht, werden resorbirt und assimilirt. Warum also in die Apotheke und nicht auf den Markt laufen, um sich hier das Eisen zu holen? Unsere Nahrung ist so eisenreich, dass ein Mensch mit gesundem Appetit in ca. 10 Tagen aus ihr ca.  $\frac{1}{3}$  des Gesamtgehaltes des Blutes an Eisen zu assimiliren vermag. — Quinke (Kiel) erinnert daran, dass die Erfolge der medicamentösen Eisentherapie unbestreitbar seien, auch wenn sie nicht den Ansprüchen des physiologischen Experimentes entsprächen. Es wäre schlimm bestellt um die Therapie, wenn sie sich einzig und allein auf exacte physiologische Untersuchungen stützen müsste! Wenn bei Chlorose und anderen Anaemieen das Eisen nicht in allen Fällen nützt, so liegt das daran, dass oft die Ursachen dieser Affectionen unbekannt bleiben und dass neben dem Eisen hier noch andere Dinge, Ernährung, Verdauung, Beschäftigung u. s. w. in Betracht kommen. Es ist auch ein grosser Irrthum, Blässe der Haut und der Schleimhäute als hinreichend für die Diagnose der Anaemie anzusehen; es braucht hierbei die Zusammensetzung des Blutes keineswegs wesentlich verändert zu sein, und manchmal handelt es sich nur um eine individuelle Eigenthümlichkeit sonst gesunder Menschen. Was die Darreichung des Eisens



anbelangt, so scheinen Verbindungen mit Zucker und ähnlichen Stoffen am wenigsten zweckmässig, da sie im Magen sehr schnell zerfallen müssen. Rationeller ist wohl die Verbindung mit Eiweissstoffen (Ferrum peptonat., Ferr. albuminat.), doch machen auch diese manchmal Beschwerden, ebenso wie es beim Ferratin der Fall ist. Autor empfiehlt am meisten das milchsaure Eisenoxydul, die Blaud'schen Pillen und das Ferr. hydrogenio reductum.

#### Discussion:

Heubner (Berlin) hat persönlich den Eindruck, dass man Säuglinge, vor allem anämische, nicht übertrieben lange bei Milchnahrung belassen sollte. Er huldigt diesem Princip schon seit 10 Jahren und giebt schon Kindern vom 9. Monat ab Gemüse; Kindern, die vielleicht 10 Zähne haben, giebt er schon täglich 1 Löffel Spinat oder Apfelmus. — Immermann (Basel) betont, dass noch so eisenhaltige Nahrung allein zur Behandlung der Chlorose nicht ausreiche, sondern dass als Anregungsmittel für die Besserung der Blutbeschaffenheit geeignete Eisenpräparate hinzukommen müssen. Er hält das Ferratin für ein gutes Eisenmittel, hat aber nicht gefunden, dass dadurch rascher Heilung eintritt, als durch die Blaud'schen Pillen. — Nothnagel (Wien) hält letztere für das beste Eisenpräparat. Daneben aber empfiehlt er warm Bettruhe; er lässt Chlorotische mindestens 4, womöglich 6 Wochen ruhig im Bett verharren und hat hierbei überraschende Heilungen erlebt. — v. Ziemssen (München) ist für Eisentherapie, und zwar verordnet er solche sofort, auch bei gestörter Magenfunction; auf diese Weise heilt man Chlorose viel rascher, als wenn man erst Wochen mit Behandlung des Magens versäumt. Er empfiehlt Liq. ferri album. — Bäumler (Freiburg) wartet ebenfalls etwaige dyspeptische Beschwerden nicht ab, sondern giebt sofort Eisen, und zwar in hohen Dosen. Wo Verdacht auf Ulcus vorliegt, giebt er Liquor ferri sesquichlorat.

(XIII. Congress für innere Medicin in München. — Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 15.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Dr. L. Hanau  
(Bockenheim-Frankfurt a./M.) hat das **Kresol** (Cresol.

pur. liquefact. Noerdlinger) seit einem Jahre fast ausschliesslich als Desinfectionsmittel im Gebrauch und ist damit sehr zufrieden. Das Mittel hat vor dem Carbol den Vorzug, dass es weder die Haut des Arztes, noch die des Kranken angreift, vor dem Lysol den der Neutralität, des Mangels an Schlüpfrigkeit, der wasserklaren Löslichkeit auch in kalkhaltigem Wasser. Um in der chirurgischen und geburtshilflich-gynäkologischen Praxis Infection fernzuhalten, genügte eine  $\frac{1}{2}\%$  Lösung; so wurde damit nach Wendungen, Zangen, Nachgeburtslösung sofort eine Irrigation gemacht und stets fieberloser Verlauf erzielt, ebenso bei chirurgischen Eingriffen immer primäre Heilung. Bei schon bestehender Infection wurde die 1% Lösung mit Erfolg angewandt. Das Kresol hat auch eine granulationsbefördernde Wirkung, die sich bei **Unterschenkelgeschwüren** und **Verbrennungen** in auffallender Weise offenbarte. Bei **Diphtherie** benützte Autor zur localen Therapie mehrfach mit bestem Erfolge:

Rp.

*Cresol. pur. liquef. Noerdl. 1,0*  
*Ol. Terebinth. rectific. 20,0*  
*Spir. vin. ad 50,0.*

M. D. S. Mittelst Wattepinsel auf die Membranen reiben.

Bei entzündlichen Affectionen der Mundschleimhaut, so bei **Stomatitis ulcerosa**, bei den manchmal mit jeder Menstruation wiederkehrenden **Aphthen** erwies die Kresollösung in entsprechender Verdünnung sich als wirksames Mundwasser. Ein vorzügliches Mittel zur Verdeckung des Kresolgeschmackes ist hierbei Saccharin. Eine sehr zweckentsprechende Mundtinctur ist:

Rp.

*Cresol. pur. liquef. Noerdl. 2,0*  
*Saccharin. 1,0*  
*Ol. Menth. pip. gtt. X*  
*Tinct. arom. 25,0*  
*Tinct. Ratanh. ad 50,0.*

M. D. S. 15—20 Tropfen auf 1 Glas Wasser zu Mundwasser.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 7.)

— Dr. J. Fahm (Basel) hat mit einem neuen Präparat **Airol** Versuche angestellt, die sehr befriedigend ausfielen. Airol

(von Hoffmann, Traub & Cie. in Basel) ist basisch gallussaures Wismuthoxyd, also Dermatol mit — an Stelle einer Hydroxylgruppe — eingeführtem Jod; dieses leicht abspaltbare Jodmolecül wurde eingeführt, um dem Mittel auch antiseptische Eigenschaften zu verleihen und noch einen besseren Ersatz für Jodoform zu schaffen. Das Airol, ein graugrünes, sehr feines, geruch- und geschmackloses, lichtbeständiges Pulver wirkt stark austrocknend auf Wunden, und Autor hat es seit  $\frac{1}{2}$  Jahr bei einer Anzahl frischer und älterer Verletzungen, besonders Verbrennungen, sowie vor Allem bei Ulcera cruris benützt und bis jetzt kein Mittel kennen gelernt, das die Secretion so sehr beschränkt und dabei die umgebende Haut absolut nicht reizt.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 8.)

- Dr. H. Zeidler (St. Petersburg, städt. Obuschoff-Hospital) tritt warm für die **aseptische Behandlung von Eiterungen** ein: inficirte Wunden sollen ebensowenig desinficirt werden, wie reine! Zahlreiche experimentelle Untersuchungen (besonders von Schimmelbusch) zeigen, dass der Werth der Desinfection ein äusserst zweifelhafter ist, und theoretisch ist überhaupt schon längst anerkannt, dass nicht nur bei aseptischen, sondern auch bei inficirten Wunden die Antisepsis zu Gunsten der Asepsis fallen zu lassen ist. Autor verfügt über ein grosses Beobachtungsmaterial betreffs Asepsis bei Eiterungen. Für gewöhnlich wird in folgender Weise verfahren: „Das Operationsfeld wird nach allgemeingültigen Regeln vorbereitet. Während und nach Vornahme der betreffenden operativen Maassnahmen wird die Wunde einfach mit steriler Gaze ausgewischt. In der Regel wird nicht irrigirt; ist Irrigation erforderlich, so geschieht dieselbe mit steriler Kochsalzlösung (0,6 ‰). Weiterhin wird die Wunde mit steriler Gaze locker, aber sehr sorgfältig tamponirt. Darüber kommt noch eine Gazeschicht, dann sterile Holzwolle oder Mooskissen. Beim Verbandwechsel wird die Haut um die Wunde herum mit Aether oder Benzin gereinigt, die granulirende Wunde, für gewöhnlich ohne Kochsalzirrigation, trocken mit steriler Gaze verbunden.“ In den meisten Fällen kommt man mit einem trockenen Verbande aus. Nur bei manchen Wunden

feuchter Verband besser: zu diesem Zweck Anfeuchtung der Gaze und auch einer Watteschicht mit Kochsalzlösung; Versuche lehrten, dass die Hauptsache hierbei die Feuchtigkeit ist, da ein Unterschied zwischen feuchten Carbol-, Sublimat- oder Kochsalzverbänden nicht gesehen wurde; nur der essigsäuren Thonerde möchte Autor nicht ganz eine Wirkung — welche wohl ihrer adstringirenden Eigenschaft zuzuschreiben ist — absprechen, und namentlich profus eiternde Wunden mit üppigen, gefässreichen Granulationen werden günstig von ihr beeinflusst. Dagegen sah er von der Tamponade mit Jodoformgaze bei eiternden und septischen Wunden nie irgend welchen Nutzen! Jodoform wirkt antituberculös und fäulnisswidrig: aber mit wirklichen Fäulnisprocessen haben wir es ja nur sehr selten zu thun; was aber soll Jodoform in eitrigen Wunden thun? Eine Zersetzung des vom Verbande aufgenommenen Secretes hat Autor auch bei Tamponade mit einfach steriler Gaze nie gesehen, wobei der Verband, wenigstens die unterste Schicht, etwa 8 Tage lang, d. h. bis zur Granulationsbildung liegen bleibt. Bedingung ist freilich ein gut aufsaugender Verband und freie Verdunstung von seiner Oberfläche aus. Desswegen kein impermeabler Stoff in den Verband! selbst die feuchten Verbände werden ohne impermeablen Stoff als austrocknende angelegt, event. werden dieselben täglich gewechselt. Bei vielfachen bakteriologischen Untersuchungen von eitrigen Wunden nach ihrer Desinfection ist es Autor ohne Ausnahme gelungen, aus der Wunde spezifische Eiterbakterien zu züchten, niemals hat er eine hemmende oder abtödtende Wirkung des antiseptischen Verbandmaterials auf Bakterienentwicklung constatiren können! Die Resultate einer aseptischen Behandlung von Eiterungen sind auch durchaus zufriedenstellend, entschieden besser, als die bei energischer Antisepik, der locale Wundverlauf bei ersterer ist bedeutend günstiger, viel reactionsloser: Die Secretion entschieden geringer, die Entwicklung der Granulationen geht durchaus normal vor sich, wobei letztere selten stark wuchern oder bluten, wie man das ja häufig bei antiseptischer Behandlung, namentlich nach längerem Gebrauch von Jodoformgaze zu sehen bekommt. Obgleich Autor den Verband möglichst selten wechselt — öfters erst nach 8 Tagen — hat

er nie starken Geruch oder gar Zersetzung des Secrets beobachtet: so lange für freien Eiterabfluss gesorgt ist, verläuft die Wunde vollkommen normal. Das ausschliesslich wirksame Moment also bei Behandlung von eitrigen Processen ist breite Eröffnung und freier Secretabfluss; eine Desinfection der Wunde ist nicht nur vollständig entbehrlich, sondern auch schädlich!

(Centralblatt für Chirurgie 1895 No. 14.)

- Zur **Herstellung steriler Wattetampons** schlagen Lermoyez und Helme folgendes Verfahren vor: Die auf einem Tamponträger oder auf einem Holzstiel befestigte Watte wird in einer gesättigten Lösung von Borsäure in Alkohol getaucht und angezündet. Durch die Verbrennung des Alkohols wird die Watte sterilisirt, die Borsäure verhindert die Verkohlung der Watte. Es genügt, die Flamme kurze Zeit brennen zu lassen, um die Watte sicher zu sterilisiren. Sobald die zunächst farblose Flamme eine lebhafte grüne Färbung bekommt, kann sie ausgelöscht werden. In 5 Secunden kann also die Watte so sterilisirt werden, und haben genaue Versuche die gänzliche Keimlosigkeit solcher Tampons ergeben.

(Lyon Médical. 1895 No. 9. —  
Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 7.)

- Die **Desinfection von Schwämmen und Pinseln** geschieht am besten so, dass die Schwämme in sterilisirtem Wasser gewaschen werden, darauf  $\frac{1}{2}$  Stunde hindurch in 25 0/0 Sodalösung gelegt, wieder mit warmem sterilisirten Wasser gewaschen und schliesslich 12 Stunden lang in kalte verdünnte Schwefelsäure (1:5) gelegt werden. Pinsel werden 1 Stunde lang dem Wasserdampf ausgesetzt.

(Zeitschrift für Krankenpflege 1895 No. 3.)

**Augenentzündungen.** Folgende Belehrung über die Gefahr der Augenentzündung der Neugeborenen verdient weiteste Verbreitung in Laienkreisen durch Nachdruck:

- I. Der zehnte Theil aller Blinden hat sein Augenlicht durch die Augenentzündung der Neugeborenen verloren, und Hunderttausende haben durch dieselbe eine Verringerung ihres Sehvermögens erfahren. Und doch kann diese gefährliche Krankheit durch

Maassregeln der Hebamme vor und bei der Geburt fast immer vermieden werden. Ist die Krankheit aber ausgebrochen, so ist es stets Schuld der Eltern, Ammen, Pflegerinnen oder Hebeammen, wenn ein Auge des Kindes Schaden nimmt. Denn schleunigste ärztliche Hilfe, und zwar sofort beim ersten Beginn des Leidens kann das Auge mit Sicherheit retten. Man versäume also die kostbare Zeit nicht mit Abwarten oder mit Anwendung von Hausmitteln, man folge nicht sogenanntem guten Rathe von Laien, sondern rufe sogleich den Arzt, da es sich hier um jede halbe Stunde handelt.

- II. Die gefährliche Krankheit beginnt selten am 2., meist am 3. oder 4. Tage nach der Geburt, kann aber auch später auftreten. Sie zeigt sich anfangs als eine leichte Schwellung und Röthung der Ränder der Augenlider, welche nach dem Schlafe besonders in den Augenwinkeln ein wenig mit Schleim verklebt sind. Bald tritt dann beim Oeffnen der Augenlider eine weissliche oder gelbliche schleimige Flüssigkeit aus. Am 3. oder 4. Tage schwellen die Augenlider meist dick an, das Kind öffnet das Auge nicht mehr von selbst; nur mit Gewalt können die Lider auseinander gezogen werden, und ein dicker, rahmartiger gelber Eiter quillt oder spritzt hervor. Wer ein solches Auge öffnet, nehme sich sehr in Acht, dass ihm nicht selbst etwas von dem Eiter in sein Auge spritzt, da er sonst unfehlbar von der verderblichen Krankheit befallen würde.
- III. Wenn nicht sehr schnell sachverständige Hilfe kommt, greift die Eiterung von den Augenlidern auf den Augapfel des Kindes über und zerstört in wenigen Tagen die Hornhaut des Auges; dann ist totale Erblindung oder bleibende Sehschwäche die sichere Folge. Wenn einmal die Hornhaut selbst erkrankt ist, gelingt es selbst dem erfahrensten Arzte nicht mehr, das Auge vollkommen zu heilen. Daher sende man bei der geringsten Röthe, Schwellung oder Schleimabsonderung des Auges sofort zum Arzte.
- IV. Wer ein Kind mit eitriger Augenentzündung pflegt, muss sich auf das Sorgsamste die Hände mit Seife abwaschen, so oft er die Augen des Kindes berührt hat.

- V. Hat die Mutter vor der Entbindung einen eitrigen Ausfluss aus dem Schoosse gehabt, so muss sie besonders darauf achten, dass weder ihre Finger, noch etwas von den zur Reinigung des Schoosses während des Wochenbettes benützten Leinenstücken an die Augen des Kindes komme, da auf diese Weise die Krankheit noch später übertragen werden kann.
- VI. Wenn ein Zwillingskind an Augenentzündung erkrankt, ist das andere sofort vollkommen von ihm zu trennen und darf auch nicht in demselben Bade gebadet werden.
- VII. War nach einer früheren Entbindung bei einem Neugeborenen schon die Augenentzündung vorgekommen, so muss vor der nächsten Entbindung die Hebeamme ganz besonders darauf aufmerksam gemacht werden.
- VIII. Was muss geschehen, bis der Arzt erscheint?
1. Man öffne die Augen des Kindes alle 10 Minuten und wische mittelst Watte, welche in Wasser getaucht und ausgedrückt ist, den Eiter sorgsam aus dem Auge heraus.
  2. Man mache sofort kalte Umschläge auf folgende Weise: ein mehrfach zusammengelegtes Stück reiner Leinwand wird auf Eis oder in sehr kaltem Wasser gekühlt, gut ausgewunden und trocken und kalt auf das kranke Auge gelegt. Ist dieser Umschlag warm geworden, dann schadet er; daher müssen diese Umschläge alle 2 Minuten gewechselt und so lange fortgesetzt werden, bis der Arzt kommt.
  3. Man streiche etwas Vaseline aussen auf die Augenlider, damit sie nicht durch den Eiter zusammenkleben.
  4. Wenn nur ein Auge erkrankt ist, hüte man sich, mit demselben Fleckchen oder mit den Fingern das andere gesunde Auge zu berühren, da man sonst die Krankheit auch auf dieses übertragen würde.
  5. Da die Augenentzündung der Neugeborenen überaus ansteckend ist, so dürfen Wasser, Leinenstücke und alle Gegenstände, die zum Waschen des Auges gebraucht wurden, niemals für die Reinigung der Hände oder des Gesichtes anderer Personen benützt werden. Die kleinste Spur des Eiters verursacht die schnelle und meist unheilbare Zerstörung des Auges Erwachsener. Die Watte und alle zur

Reinigung des Auges benützten Leinenstücke sind bald zu verbrennen.

Niemals versäume man den Arzt sofort zu rufen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 14.)

- Dr. Carl Mellinger (Basel, ophthalmologische Klinik) hat **Gallicin bei Augenaffectationen** mit Erfolg angewandt, und zwar bereits bei 200 Fällen. Das Gallicin (von Sandoz & Cie. in Basel) ist der Methyläther der Gallussäure und erinnert seiner chemischen Constitution nach an Resorcin und Pyrogallol, 2 Mittel, denen hauptsächlich eine günstige Wirkung auf Katarrhe und Hautkrankheiten zugeschrieben wird. Diese beiden Eigenschaften bildeten auch bei der Anwendung des neuen Mittels das Leitmotiv und es wurden hauptsächlich Katarrhe der Conjunctiva und mit den Hautkrankheiten identische Erkrankungen des Auges damit behandelt. Das Gallicin wurde in Pulverform 1—2  $\times$  täglich, ähnlich wie Calomel, mit einem Haarpinsel in den Conjunctivalsack gestreut (bei dem geringen Gewicht der Substanz genügt die Verordnung von 1 gr). Bei manchem Patienten tritt nach Einstreuung ein Brennen ein, das unter kühlen Umschlägen nach wenigen Minuten verschwindet, dem man aber auch durch einige Tropfen einer 2 % Cocainlösung vorbeugen kann. Erfolgreich zeigte sich das Mittel bei gewissen Formen von **Conjunctivitis catarrhalis**: es sind die Fälle, die mit chronischer Schwellung der Schleimhäute, geringer oder zäher schmieriger Secretion verlaufen und sich mit Ekzemen der Lidränder compliciren. Aber auch bei katarrhalischen Zuständen, wie sie nach eitriger Infection, schweren Entzündungen, z. B. im Rückgang begriffener Pannophthalmitis oder Hypopyonkeratitis zuweilen längere Zeit zurückbleiben, bewährte sich das Mittel oft, ebenso bei **Follicularkatarrh**, sowohl acutem, wie chronischem, bei zurückbleibendem Katarrh nach Kataraktextraction (nach 4—5maliger Einstreuung hörten die lästige Secretion und das Lidödem auf). Gute Beeinflussung ferner von Ekzem der Conjunctiva, der sog. **phlyktänulären Augenentzündung**, besonders Randphlyktänen; während hier vermehrte Secretion als Contraindication für Calomel gilt, kann Gallicin auch hier angewandt werden, und zwar mit gutem Erfolge. Endlich



ist das Mittel zu empfehlen bei **Keratitis superficialis**, sowohl der selbständigen Form, als auch bei derjenigen, welche sich auf mit Maculae behafteten Hornhäuten häufig einstellt.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 8.)

**Cholelithiasis.** Dr. F. Blum (Frankfurt a. M.) empfiehlt **Oelklystiere**, mit denen er schöne Erfolge erzielt hat. Patient in Rückenlage mit (durch Keilkissen) erhöhtem Becken. Irrigator  $\frac{1}{2}$ —1 m über dem Lager. So werden jedesmal 400—500 ccm feinstes Oliven- oder Sesamöl eingegossen. Nachher 5 Minuten lang rechte Seitenlage. Anfangs diese Klystiere täglich, nach 1—2 Wochen 2täglich, später 3täglich und seltener. Bei Auftreten von Prodromalerscheinungen eines Kolikanfalles Klysmen wieder häufiger. Anwendungsdauer unbeschränkt: sie verlieren durch die Länge der Zeit nichts an evacuirender Kraft und bewirken keine Schwächung der peristaltischen Thätigkeit.

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 12.)

**Combustio.** Dr. Karl Schmidt (Lölling) kommt als Werkarzt der Oesterr. Alpinen Montangesellschaft häufig in die Lage, Brandwunden zu behandeln. Seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren hat ihm nun in etwa 100 Fällen ein **einfaches Verfahren** sehr gute Dienste geleistet. Bei C. 1. und 2. Grades verwendet er ausschliesslich einen Salbenverband, und zwar mit:

Rp.

*Vaselin. flav.*

*Glycerin. pur. aa* 25,0.

M. diligent. f. ung.

S. Auf reine, weiche Leinwand aufzustreichen.

Bei C. 1. Grades kommen solche Salbenverbände auf die zuvor gründlich gereinigte Hautparthie, dann Watte darüber. Wenn nöthig, Verband in den nächsten Tagen noch 1—2 Mal zu wechseln. Bei C. 2. Grades reinigt Autor zuerst das Gebiet und die Umgebung gründlich mit Wasser, Alkohol und Sublimat (1:1000), entfernt sodann mit Pincette und Scheere die ganze abgelöste Epidermisschicht knapp am Rande, sodass die entblösste Cutis frei liegt, spült dann mit Sublimat ab und legt den Salbenverband an, sodass überall das messerrückendick

bestrichene Leinenstück mindestens 1 cm über den Rand hinausragt. Bei ausgedehnten oder von Anfang an verunreinigten, eiternden Brandwunden 2. Grades Verbandwechsel in den ersten 2—3 Tagen täglich 2 Mal, später 1 Mal, mit jedesmaliger Sublimatabspülung. Vorzüge dieser Methode:

1. Benimmt sie die Schmerzen fast gänzlich;
2. Geht die Heilung sehr rasch vor sich;
3. Ist das Verfahren, bei aller Würdigung und Erfüllungen der Regeln der modernen Antisepsis, ein einfaches, und besonders beim Verbandwechsel, da die Salbe und der Verband nie an der Wunde klebt, ein sehr wenig zeitraubendes.

(Wiener medic. Wochenschrift 1895 No. 14.)

— Dr. S. Groze (Melksham) empfiehlt zur **Behandlung ausgebreiteter Verbrennungen** eine Salbe aus 1 Theil pulverisirter Galläpfel und 8 Theilen Borvaseline. Dieselbe setzt die Secretion sehr herab, desodorirt und verhütet die Entwicklung wuchernder Granulationen und Narbenretractionen. Die Anwendung dieser Salbe, über welche ein energisch comprimirender Watteverband kommt, wirkt ebenso gut, wie Argent. nitric., ohne dessen Nachtheile zu haben.

(Wiener medic. Presse 1895 No. 16.)

**Cystitis.** R. Kutner stellt einen **eigenthümlichen Fall von Haematurie** vor. Der 32jährige Patient entleert seit 12 Tagen blutigen Harn, hat aber sonst ein ganz gesundes Aussehen, nur hat er eine chronische Gonorrhö, deren Anfang  $\frac{3}{4}$  Jahre zurückreicht. Es handelt sich um eine Cystitis gonorrhoeica haemorrhagica, die aber auffallender Weise sich nicht an eine acute Gonorrhö in continuirlicher Progressivität nach der Blase hin anschloss, sondern eben erst  $\frac{3}{4}$  Jahre später, als Complication des chronischen Processes sich entwickelte. Autor hat schon 2 ähnliche Fälle erlebt; der eine betraf einen 21jährigen Patienten, bei dem eine C. haemorrhagica erst  $\frac{1}{4}$  Jahr nach der Infection sich einstellte, nachdem mit Ausnahme von geringen Spuren von Morgenausfluss alle anderen gonorrhoeischen Erscheinungen verschwunden waren.

Da man annehmen kann, dass ein derartiges Ereigniss sich auch noch nach länger als  $\frac{3}{4}$  Jahren entwickeln kann, wird man die Gonorrhö bei der Aetiologie der Haematurie stets im Auge behalten müssen. Differentialdiagnostisch kommen, abgesehen von den Fällen, wo aus allgemeinen Gründen Blut dem Harn beigemischt ist, z. B. bei gewissen Vergiftungen, in Betracht: zunächst die acute Urethritis posterior, bei welcher aber Blutbeimengungen zum Harn nur in ganz frischen Stadien auftreten und meist lediglich am Schluss der Harnentleerung, d. h., wenn man in 2 Gläsern uriniren lässt, in der 2. Harnportion; ferner kommen primäre oder secundäre Tuberculose des Urogenitalapparates, vornehmlich der Blase und Niere, sowie Stein und Tumor derselben Organe in Frage, ferner hämorrhagische Nephritis, die seltene renale Haemophilie, das noch seltenere Aneurysma der Arteria renalis und (in den Tropen) Anwesenheit von *Distomum haematobium* in den Venen der Blase. Die Prognose liegt in unserem Falle nicht so schlecht; die hämorrhagische Cystitis ist keineswegs die schlimmste Form der gonorrhöischen C., es sind vielmehr dies jene Fälle von Mischinfection, bei denen sich ausser dem eigentlichen Infectionsträger andere Bakterien (Staphylokokken, Streptokokken u. s. w.), die dann künstlich durch den nicht aseptischen Katheterismus eingeschleppt worden sind, in der vesicalen Mucosa eingenistet haben. Bezüglich der Therapie ist desshalb und auch weil gerade bei der hämorrhagischen C. die Blase einer Infection besonders zugänglich ist, die instrumentelle Behandlung möglichst einzuschränken, jedenfalls aber nur mittelst absolut zuverlässig sterilisirter Instrumente auszuführen. In den ersten Tagen intern Balsamica (ca. 3 gr täglich), daneben gleichzeitig Salol (ca.  $2\frac{1}{2}$  gr pro die), sonst nichts; später Ausspülungen mit Borsäurelösung (4 ‰), dann Argent. nitric. (1:1000, 1:750 u. s. w.).

(Berliner medic. Gesellschaft, 20. Februar 1895, —  
Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 9.)

**Dermatitis.** Doc. Dr. G. Riehl (Wien) berichtet von einem Fall von **Primel-Dermatitis**, d. h. einer durch Berührung mit einer Primel entstandenen D. Ein 30jähriger Gärtnergehilfe, der 2 Tage vorher die ersten Erschei-

nungen der Erkrankung, die unter lebhaftem Brennen und Jucken sich entwickelt hatten, wahrgenommen, zeigt folgendes Bild: Haut beider Hände, zum Theil auch der Vorderarme intensiv hellroth, polsterartig geschwollen, derb; über den Handgelenken und an der Radialseite beider Hände erbsen- bis taubeneigrosse, prall gespannte, mit durchsichtigem Exsudat gefüllte Blasen; gegen die Mitte des Vorderarmes zu Erythemstreifen; kleinere Bläschen an den Fingern und Vorderarmen zerstreut; Vola manus geringer geschwollen und geröthet; linkes oberes Augenlid intensiv geschwollen und geröthet, nicht zu öffnen; an der linken Wange und der linken Hälfte des Kinnes diffus begrenzte, rothe, geschwollene Hautpartieen mit bis erbsengrossen Blasen; lebhaftes Brennen und Spannen. Tags darauf zahlreiche Nachschübe von Blasen; Blasen an den Händen grösser, theilweise confluit. Im Verlaufe von einigen Tagen verschwand dann unter Einwirkung von kalten Umschlägen die Röthung und Schwellung der Haut, die Decken der grösseren Blasen wurden abgetragen, und nach 11 Tagen konnte Patient mit noch desquamirender, aber blasser Haut entlassen werden. 2 Tage vor der Erkrankung war Patient mit einer Primel beschäftigt gewesen. Autor liess ein Exemplar davon kommen und gab es seinem Assistenten zur Verwahrung ins Vorzimmer; 2 Tage darauf klagte dessen Bedienerin über lebhaftes Brennen und Jucken in den Händen und zeigte Erythem. Es handelte sich um *Primula obconica*, einer in den letzten Jahren beliebt gewordenen Zierpflanze, die an den Blattstielen und Blättern reichlich behaart ist; die winzigen Härchen an den Blüthen, speciell an der Oberseite derselben, sind es, welche irritirend wirken. Die Wiener Gärtner kennen diese D. und fürchten sie. Zwar scheint nicht jeder Mensch gleich empfindlich dafür zu sein, aber das Leiden ist doch sehr verbreitet unter den Gärtnern und Botanikern (auch nach Eintrocknung der Pflanze kann sie D. erzeugen!), sie wird nur meist verkannt und als hartnäckiges Erysipel gedeutet, sodass die Litteratur sehr rar ist.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 22. Februar 1895. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 11.)

**Diabetes mellitus.** Dr. Teschemacher (Neuenahr) veröffentlicht **Mittheilungen über D.**, und zwar zunächst über das Verhalten des Urins. Es ist bekannt, dass die 24stündige Harnmenge nicht immer in annähernd gleichem Verhältniss zur Zuckermenge steht und mit derselben steigt und fällt, dass ferner das Verhalten des specif. Gewichts für sich allein niemals mit Sicherheit auf die Anwesenheit oder Abwesenheit von Zucker schliessen lässt. Man findet manchmal normale Harnmenge bei beträchtlichem Zuckergehalt; Autor beobachtete einen Fall mit ausserordentlich hohem Zuckergehalt (12%) bei abnorm geringer Harnmenge (1000—1100 ccm) und geringem Durst, wobei die Erscheinung noch auffällig war, dass bei sich stets vermindender Zuckerausscheidung während des Curgebrauches die 24stündige Harnmenge allmählig bis auf 2400 ccm stieg, dann wieder abnahm und beim Verschwinden des Zuckers eine ganz normale war. Häufiger noch sind Fälle von übermässig grosser Urinabsonderung bei geringer Zuckerausscheidung. So betrug die 24stündige Harnmenge bei einem Herrn 3000 ccm bei 2% Zucker; der Zuckergehalt sank innerhalb 3 Wochen auf 0,4%, während die 24stündige Harnmenge sich fortwährend zwischen 3000—3500 ccm bewegte, wobei auch das Verhalten des specif. Gewichtes auffallend war (bei 2% = 1,015, 0,8% = 1,007, 0,6% = 1,008, 0,4% = 1,007). Am häufigsten wird ein abnorm niedriges specif. Gewicht bei mit Albuminurie complicirtem D. gefunden, und es kann überhaupt ein niedriges specif. Gewicht als ein zuverlässiges Zeichen für Nichtvorhandensein von D. nicht betrachtet werden. Die Anwesenheit von Acetessigsäure im Urin der Diabetiker muss nach des Autors Erfahrungen mit Recht als Zeichen übler Vorbedeutung gelten, hauptsächlich desshalb, weil sie fast ausschliesslich bei der acuten Form jugendlicher Individuen vorkommt. Dagegen scheint derselben in Bezug auf drohendes Coma keine so grosse Bedeutung zuzukommen. Autor sah viele Kranke, die während des Curgebrauches diese ominöse Reaction nicht aus dem Urin verloren und doch frei von Coma blieben. Zur Symptomatologie des D. hebt Autor hervor, dass er schon längst Wadenkrämpfe als häufig vorkommendes Symptom des D. betrachte, ebenso die Complication

des D. mit acutem Magenkatarrh. Nicht selten gelangt der D. unter dem Bild eines acuten Magenkatarrhs zum Ausbruch, und es ist nicht dringend genug anzurathen, bei öfters bei demselben Individuum sich wiederholenden acuten Magenkatarrhen, die der Behandlung einen hartnäckigen Widerstand entgegensetzen, eine Untersuchung des Urins auf Zucker, und zwar zu verschiedenen Tageszeiten vorzunehmen, und, sollte dieselbe resultatlos verlaufen, selbige von Zeit zu Zeit zu wiederholen, wie es auch bei Furunculosis der Fall sein soll. Die Schwierigkeit, den D. in seinem Beginn nachzuweisen, liegt sehr oft in dem Umstand, dass er zu dieser Zeit vielfach intermittirend auftritt, und, wenn man die Krankengeschichte mit möglichster Genauigkeit aufzunehmen sich bemüht, wird man häufig finden, dass gewisse Diabetessymptome, die sich dem Kranken besonders leicht einprägen, schon längere Zeit vor dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit periodisch aufgetreten sind, letztere demnach weit vor dem vermeintlichen Beginn zurückzudatiren ist. Von diesen Symptomen muss besonders das Los werden und Ausfallen anscheinend ganz gesunder Zähne betont werden, die dann oft vom Zahnarzt als atrophisch extrahirt werden, ohne dass der eigentliche Grund der Affection an den Tag kommt. Wären die Zahnärzte stets mit diesem Symptom vertraut, so würde manch Gebiss erhalten werden, mancher Fall von D. früh erkannt werden! Was das Fehlen des Kniephänomens anbelangt, so hat Autor das letztere bei jugendlichen Individuen mit D. nicht vermisst, sondern nur bei älteren Personen, die ja aber auch oft als ganz Gesunde ohne Kniephänomen gefunden werden; es ist also zweifelhaft, ob diesem Symptom bei D. eine Bedeutung zukommt. — Endlich hebt Autor einen Fall von artificieller Glykosurie hervor. Zu den, meist giftigen, Stoffen, durch deren Einverleibung in den menschlichen Organismus vorübergehende Zuckerausscheidung verursacht werden kann, für gewöhnlich aber nicht verursacht wird, muss nach einer gut beglaubigten Beobachtung, die allerdings die einzige ihrer Art ist, auch das Tuberculin gezählt werden. Die Beobachtung rührt von Dr. Spengler (Davos) her, der bei einem Phthisiker nach Tuberculin-

injectionen Zucker im Urin fand, der nach Aussetzen der Injectionen wieder verschwand.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 17.)

- Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) hebt betreffs einer **Frühdiagnose des D.** hervor, dass bei Individuen, welche auf Grund ihrer Heredität wie ihrer Constitution (besonders bei Fettleibigkeit und Gicht) für Erkrankung an D. gefährdet erscheinen, eine Prädisposition resp. das Initialstadium von D. vorhanden sei, wenn nach Einverleibung von 100 gr Traubenzucker erhebliche Glykosurie auftrete. Da ein rechtzeitig eingeleitetes diätetisches Regime den Charakter des D. zu beeinflussen im Stande sei, so sei dieses Symptom betreffs Frühdiagnose des D. nicht unwichtig.

(XIII. Congress für innere Medicin in München. —  
(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 17.)

- F. Hirschfeld spricht über **Coma diabeticum**: Nach Blau waren von 86 Diabetikern, die im Coma zu Grunde gingen, 43 unter 40 Jahren. Von anderer Seite wurde auf den raschen Verlauf der Krankheit in diesen Fällen hingewiesen, die hier nur einige Jahre oder gar Monate dauerte. Von Chirurgen wurde bemerkt, dass Coma besonders häufig nach Gangränoperationen auftrete; hier handelte es sich meist um ältere Leute, bei denen die Krankheit einen langsamen Verlauf genommen hatte. Diese Beobachtung widersprach also der ersten Erfahrung, dass nur junge Leute mit schnellem Krankheitsverlauf von Coma befallen werden. Jetzt steht man auf dem Standpuncte, dass man es in keinem Falle voraussagen kann, ob ein Coma sich entwickeln wird oder nicht. Was den Acetongehalt des Urins anbelangt, so hat man bisher geglaubt, derselbe habe mit dem D. als solchem nichts zu thun und sei auf gleiche Ursachen, wie die Acetonausscheidung beim Hungerzustande, fieberhaften Krankheiten und Kachexie zurückzuführen. Autor bewies früher jedoch, dass bei diesen Zuständen die Acetonurie durch Kohlehydratentziehung zum Verschwinden zu bringen ist, beim D. aber nicht. Er beobachtete auch öfters, dass die Acetonausscheidung einige Tage vor dem Tode bei D. bedeutend zunimmt; der Krankheitsverlauf war in diesen Fällen ein rascher, 1—2 Jahre umfassend, das

Krankheitsbild schwer, die Glykosurie beträchtlich. Die Acetonausscheidung steigt an und dieser Umstand unterscheidet solche Fälle von den leichten Fällen einerseits und den schweren Fällen andererseits, die aber nicht vom Coma befallen werden. Wieso bricht nun das Coma aus? Vielfach weiss man es nicht. Häufig kann man eine vorhergegangene übergrosse Muskelanstrengung und Strapazen anschuldigen (kräftige Muskelthätigkeit erweist sich wiederum bei Diabetikern oft als äusserst nützlich!). Manchmal scheint Inanition für den Ausbruch des Coma von Bedeutung zu sein; 8—10 Tage vor demselben beobachtet man oft ein Sinken des Körpergewichtes (vielleicht aber Inanition das erste Zeichen des Comas!). Aber man hat auch vielfach nach Einführung von Fleischdiät Coma eintreten gesehen. 500 gr Fleisch und die zur Zubereitung nöthigen Fette stellen aber eine Unterernährung dar, und das ist wichtig; Autor hat nie Coma auftreten sehen, wenn dabei durch Kohlehydrate u. s. w. der Stoffwechsel gedeckt war. Man ist auch in den letzten 10 Jahren bestrebt gewesen, eine Ueberernährung bei D. herbeizuführen. Auch Narkosen sollen Coma veranlassen; Autor hat nie einen solchen Einfluss beobachtet. Von fieberhaften Erkrankungen scheint nur Influenza manchmal Coma herbeizuführen, wobei aber auch eine schwere Influenza Coma vortäuschen kann. Das klinische Bild des Coma ist in ausgesprochenen Fällen ein sehr charakteristisches: plötzliches Auftreten von Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, Athemnoth, Schwerbesinnlichkeit; 2—10 Tage nach Beginn der ersten Erscheinungen Exitus. Sehr häufig Abortivfälle, wo nur das eine oder andere Symptom stärker ausgeprägt ist und man nicht voraussagen kann, ob ein ausgesprochenes Coma folgen wird. Verwechselungen können vorkommen mit Salicylrausch (ein Diabetiker hatte wegen starker Muskelschmerzen 6 gr Salicyl erhalten; der starke Salicylrausch ähnelte sehr dem Coma, war aber nach einigen Stunden verschwunden), Herzschwäche (besonders nach starken Muskelanstrengungen), Apoplexie; die Entscheidung in solchen Fällen liefert die Harnuntersuchung (Nachweis von Aceton und Acetessigsäure), und ist die Stellung der Differentialdiagnose oft sehr wichtig, da z. B. Herzschwäche einer Behandlung eher zugänglich ist, als Coma. Zuweilen treten bei letzterem Magendarm-



symptome in den Vordergrund (ein in's Krankenhaus Moabit zur Operation wegen Ileus gebrachter Patient litt an Coma diabeticum). Besonders besteht hartnäckige Obstipation; Schmitz nahm daher eine Autointoxication vom Darm aus an und will mit starken Abführmitteln sehr schöne Erfolge erzielt haben (doch scheint das überschätzt zu sein, denn trotz reichlicher Entleerungen gelang es nicht, Coma zu verhindern oder zu beseitigen). Bemerkenswerth endlich das auffällige Sinken des Blutdruckes (bei einem Patienten meist Blutdruck in der Temporalis 160—165 mm Hg., 10 Tage ante mortem im Coma Blutdruck 60 mm, durch Campher nur auf 70 mm gesteigert). Oft beobachtet man bei älteren Leuten mit bis dahin leichtem Krankheitsverlauf und geringer Acetonausscheidung, wie unter dem Einfluss einer chirurgischen Erkrankung (Carbunkel, Gangrän) die Acetonausscheidung steigt und Coma eintritt. Man kann also 2 Gruppen von Diabetikern unterscheiden, die von Coma befallen werden:

1. Jüngere Leute mit schnellem Krankheitsverlauf, hoher Glykosurie und im Laufe von Monaten ansteigender Acetonurie;
2. ältere Leute mit mildem Krankheitsverlauf, nicht beträchtlicher Glykosurie; Eintritt des Coma nur unter dem Einfluss von Gangrän oder Carbunkeln.

Die Therapie soll prophylaktisch auf Regelung der Muskelthätigkeit achten, die nützlich, aber auch schädlich wirken kann. Bei herabgekommenen Individuen sei man damit sehr vorsichtig; hier hat Bestimmung der Acetonmenge im Harn einen Werth. Ferner Ernährung zu regeln: wenigstens zeitweise soll Ueberernährung stattfinden (mässige Mengen Eiweiss und Kohlehydrate, viel Fett und Alkohol; bezüglich des letzteren thut man am besten, ihn in leichten Fällen ganz zu verbieten oder nur etwas zu gestatten, während er in schweren Fällen unentbehrlich ist). Beim Coma selbst empfahl Stadelmann Infusion von Alkalien, doch Erfolg nur vorübergehend oder gar nicht. — Hirschberg widerspricht der Ansicht Beckers, dass nach Augenoperationen bei Diabetikern Coma nicht auftrete. Er hat dabei 2 Mal Coma erlebt. Eine alte Frau starb nach einer Staaroperation (ohne Narkose) an Coma (der einzige Todesfall, den Autor seit

25 Jahren bei Staaroperation durchgemacht hat!) und ein jüngerer Diabetiker mit hoher Glykosurie und starker Prostration der Kräfte bekam auch nach Staaroperation Coma, genas aber bei zweckmässiger Diät. — A. Fränkel berichtet über einen im Krankenhaus am Urban beobachteten Fall: 15jähriges Mädchen mit schwerem D. (6 % Zucker), Diät sehr vorsichtig regulirt, keine totale Entzuckerung angestrebt, sondern Ausscheidung allmählig herabgesetzt bis  $2-1\frac{1}{2}$  %. Kohlehydrate dann einige Tage auch völlig entzogen, aber gänzliche Entzuckerung trat nicht ein. Körpergewicht bei dieser Behandlung um 30 Pfd. gehoben. Patientin mit 2 % Zucker entlassen. Später ausserhalb des Krankenhauses Erkrankung an Parulis, die gangränös wurde; nach 24 Stunden Exitus an Coma. Also auch bei Ueberernährung und zweckmässigem Verhalten kann unter Einwirkung derartiger Gelegenheitsursachen Coma entstehen. Infusion von Alkalien hat Autor ohne Nutzen angewandt. — Karewski mahnt, bei alten Diabetikern mit Gangrän bei Beurtheilung comatöser Zustände sehr vorsichtig zu sein: es kann sich oft um Sepsis handeln. Eine grosse Anzahl von Diabetikern mit geringer Glykosurie wird sicher im hohen Alter von gangränösen Erscheinungen befallen. Autor wurde zu einer 60jährigen Frau zur Incision eines Panaritiums gerufen. Er fand einen eigenartigen phlegmonösen Zustand, kupferbraune Färbung der Haut statt der gewöhnlichen blaurothen; sofort Verdacht auf D., der sich auch bestätigte:  $1\frac{1}{2}$  % Zucker. Amputation verweigert, daher nur Incision. Nach 5 Tagen Exitus durch fortschreitende Gangrän des Armes. Die Abhängigkeit des Allgemeinzustandes von dem Zustand der Wunde häufig zu beobachten: bei günstigem Wundverlauf Euphorie; treten comatöse Erscheinungen auf, besonders häufig mit Magensymptomen, schwerem Erbrechen u. s. w. beginnend, und controlirt man die Wunde, so findet man vielfach die vorher aseptische Wunde gangränös geworden. Aber es gehen wiederum auch viele alte Leute ohne D. mit seniler Gangrän unter ähnlichen Erscheinungen zu Grunde. Das Coma diabeticum hat nichts Charakteristisches an sich gegenüber ähnlichen Zuständen, die auch zum Tode führen: hochgradiger Arteriosklerose, besonders der Hirngefässe und septischen Zuständen, mit denen ja oft kein

Fieber verbunden ist. Wie viel ist also event. dem D. oder der Sepsis oder der Arteriosklerose in die Schuhe zu schieben? Leute mit Gangrän werden ja wie in den Extremitäten auch wohl im Gehirn Circulationsstörungen haben. Die Entscheidung ist um so schwerer, wenn zufällig der Diabetiker zur Zeit der Gangrän im Harn keinen Zucker hat, derselbe erst nachher wieder auftritt. Es giebt sogar Diabetiker, welche zur Zeit, wo sie in Coma verfallen, sehr wenig oder gar keinen Zucker ausscheiden. Das alles gilt natürlich nur von alten Leuten, bei denen also derartige Zustände nicht immer als Coma diabeticum zu deuten sind. Die Infusion von Alkalien oder Kochsalzlösung empfiehlt Autor warm: wenn sie auch meist nicht das Leben retten, so halten sie es doch manchmal einige Zeit aufrecht. — Stadelmann selbst erklärt, die Resultate dieser Behandlung seien nicht sehr günstig, aber in dem einen oder anderen Falle hätte sie doch genützt, und bei der Aussichtslosigkeit aller anderen Behandlungsmethoden empfiehlt es sich doch, die Infusion zu machen, aber nur colossale Massen von Alkalien zu infundiren, die für den Erfolg durchaus nöthig sind, auch bei der prophylaktischen Therapie, da es sehr schwer sei, den Urin alkalisch zu machen, was aber allein darauf hindeute, dass genügend Alkalien eingeführt worden sind. — Hirschfeld bezweifelt, dass das Aceton die Ursache des Coma sei. Er sah Diabetiker mit 4—5 gr Acetonausscheidung täglich, die sich dabei relativ wohl befanden und spazieren gingen. Wenn dann plötzlich das Coma ausbrach, so stieg ja der Acetongehalt noch etwas, aber nicht relativ genügend, um für den Ausbruch des Coma verantwortlich gemacht werden zu können. Es muss wohl noch ein unbekanntes Etwas hinzukommen. Säurewirkung kann auch nicht maassgebend sein: Diabetiker mit sehr hoher Ammoniakausfuhr befinden sich Monate lang sehr wohl und ganz plötzlich bricht das Coma aus. — Stadelmann empfiehlt nochmals sehr grosse Mengen von Alkalien, auch prophylaktisch. Er verordnet die Potio Riveri:

Rp.

*Natr. bicarb. 15,0*

*Aq. dest. ad. 150,0*

*Acid. citric. qu. s. ad satur.*

Er fügt etwas Fenchelwasser und Saccharin zu und giebt davon 3—4 Flaschen pro die mit Sodawasser zusammen.

(Verein für innere Medicin in Berlin, 8. April 1895. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 33/34.)

**Diphtherie.** Der XIII. Congress für innere Medicin in München brachte eine weitausgedehnte **Diphtherie-Heilserum-Debatte**. Wenn auch einzelne Gegner zu Wort kamen, so war doch im Allgemeinen die Stimmung für das Serum. Alle Redner, selbst die Enthusiasten, aber waren darin einig, dass ein abgeschlossenes Urtheil noch nicht fällbar ist, dass vielmehr noch die Versuche fortgesetzt werden müssen, ehe man ein völlig gültiges Endurtheil abzugeben im Stande ist. Wir wollen hier\*) nur die Thesen Prof. Heubner's (Berlin) anführen, der seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammenfasst:

1. Das Heilserum hat sich als ein durchaus wirksames Mittel und als das beste von allen bisher gegen die echte D. angewendeten erwiesen.
2. Das Heilserum wirkt unzweifelhaft am besten, je rascher nach Eintreten der ersten Zeichen der diphtherischen Erkrankung dasselbe zur Anwendung kommt. Eine Combination seiner Anwendung mit der bisher üblichen, mild antiseptischen (reinigenden) örtlichen Behandlung ist rationell und empfehlenswerth. Es ist uns gelungen, mit dieser combinirten Methode der Behandlung die Sterblichkeit auf  $\frac{1}{3}$  herabzusetzen.
3. Die Anwendung des Heilserums ist von keinerlei ernststen Zufällen oder Erkrankungen gefolgt. Die auftretenden Exantheme, Gelenkaffectionen u. s. w. sind auch sonst schon bei D. beobachtet; gerade bei Anwendung des Heilserums haben sie sich, wenn sie auch häufiger als sonst erschienen, als durchaus gefahrlos erwiesen.
4. Die bisher noch bestehende Unklarheit über die Wirkungsart des Heilserums hat nicht den geringsten

---

\*) Die Erfahrungen der einzelnen Redner sind zum grossen Theil bereits publicirt und von uns reproducirt worden. Wenn auch das Material der Beobachter seitdem mehr oder weniger vergrössert erscheint, so sind doch die Endresultate im Grossen und Ganzen die gleichen geblieben. Wir glaubten daher, ein specielleres Eingehen auf die Erörterungen unterlassen und den uns zu Gebote stehenden Raum anderen Gegenständen widmen zu dürfen.

**Die Redaction.**

Einfluss zu nehmen auf dessen therapeutische Verwendung, nachdem die Wirksamkeit des Mittels gegen D. unzweifelhaft empirisch festgestellt ist.

In einem Schlusswort fasste dann Heubner nochmals die Gesichtspunkte, wie sie sich aus der ganzen Discussion ergeben hätten, folgendermaassen zusammen:

- I. Von keiner Seite seien schädigende Wirkungen des Behring'schen Heilserums hervorgehoben worden.
- II. Alle Beobachter, denen grosses Material zur Verfügung gestanden, hätten von der Zeit der Anwendung dieses Serums an ein auffallendes Heruntergehen der Mortalität constatiren können.
- III. Die Art, wie das Heilserum wirke und in wieweit ihm immunisirende Eigenschaften zukämen, bedürften noch der weiteren Klärung.
- IV. Eine Weiterprüfung des Heilserums erscheine geradezu als Pflicht.

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 14a und 15.)

— Prof. Dr. Bókai (Budapest, Universitäts-Kinderklinik) fasst in einem Vortrage: „**Meine Erfolge mit Diphtherie-Heilserum**“ seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Ich erachte meine Versuche mit dem Höchster Heilserum für beendet, da ich auf Grund von 120 Fällen\*) die volle Ueberzeugung von der specifischen und günstigen Wirksamkeit des durch die Höchster Fabrik in Verkehr gesetzten Behring'schen Heilserums bei D. gewonnen habe.
2. Nach meinen Erfahrungen übertrifft das Heilserum an Wirksamkeit alle anderen gegen die D. bisher angewendeten Heilverfahren. Eine andere unangenehme Nebenwirkung des Serums, als die bei ca. 10 % der Fälle auftretenden Nessel-ausschlag ähnlichen Erytheme habe ich nicht beobachtet.

---

\*) Nachtrag des Autors: „Bis zum 1. März d. J. stieg die Summe meiner mit Serum behandelten Fälle auf 171, und mein Heilungs-procentsatz beträgt 76. Seit kurzer Zeit konnte ich auch mit dem Serum von Roux und von Aronson Heilversuche anstellen, und diese Versuche zeigten ein ähnliches günstiges Resultat, wie die Injectionen des Serums der Höchster Fabrik.“

3. Bei schweren, mit Erstickungsgefahr drohenden Fällen von Kehlkopfstenose (Croup laryngis) ist der operative Eingriff (Intubation, Tracheotomie) auch neben der Serumtherapie unbedingt nothwendig.
4. In denjenigen Fällen von D., bei welchen die Erkrankung schon von Beginn an einen ausgesprochen septischen Charakter besitzt, ist die Wirksamkeit des Serums zweifelhaft; die nach Verlauf der D. auftretende und direct von organischen Veränderungen bedingte, zur Herzlähmung führende Herzschwäche kann durch das Heilserum nicht behoben werden.
5. Die Frage der prophylaktischen Impfungen halte ich in Ermangelung eines grösseren Versuchsmaterials meinerseits noch nicht für endgültig entschieden, auf Grund meiner bisherigen Erfahrungen blicke ich jedoch vertrauensvoll in die Zukunft und glaube, dass sich die prophylaktischen Impfungen in der Praxis nicht minder bewähren werden, als die curativen Impfungen.

(Budapester kgl. Aerzteverein, 9. Febr. 1895.  
Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 15.)

— Trump (Graz) berichtet über eingehende **bakteriologische Untersuchungen an Diphtheriekranken**, wie an solchen, welche nach keiner Richtung hin die Erscheinungen einer diphtheritischen Erkrankung dargeboten hatten. Er konnte bei Diphtheriekranken 3 Arten von Bacillen nachweisen: 1. den echten Löffler'schen, 2. anderweitige, nicht pathogene Mikroorganismen, 3. einen sogenannten Pseudodiphtheriebacillus, der in seinem Culturverhalten dem Löffler'schen ausserordentlich gleich war, bei dem Thierexperiment aber sich als nicht pathogen vom ersteren unterschied. Er fand nun:

1. dass bei an Rachendiphtherie erkrankten Kindern der echte Löffler'sche Bacillus sich auch häufig auf anderen Schleimhäuten, besonders im Coniunctivalsack, der Nasenschleimhaut, in einzelnen Fällen auch auf der Schleimhaut der Vulva vorfand, ohne an letztgenannten Stellen irgendwelche pathologische Veränderungen hervorzurufen;

2. dass der Diphtheriebacillus sich sehr lange erhält. Er konnte ihn bei einem Kinde noch 82 Tage nach Ablauf der Erkrankung aus dem Rachen züchten, allerdings mit abgeschwächter Virulenz, sodass er beim Meerschweinchen nur locale Infiltration hervorrief. Bei Kindern, welche niemals Diphtheriesymptome gezeigt hatten, konnten ebenfalls in der Nasenschleimhaut und Augenschleimhaut die typischen Bacillen nachgewiesen werden, wobei anzunehmen war, dass durch erkrankt gewesene Kinder, welche von den Diphtheriestationen nach den betreffenden Krankensälen zurückgelegt waren, diese Krankheitserreger eingeschleppt waren;
3. dass demzufolge auch solche Individuen, welche gar keine diphtheritischen Erscheinungen bieten, dadurch, dass sie Träger noch virulenter Löfflerscher Bacillen sind, der Ausgangspunkt einer Hausinfection werden können;
4. dass sich diese Uebertragung nur durch directen Contact erklären lässt und dass daher die blosse Desinfection einer Wohnung oder der Gebrauchsgegenstände, welche diphtheritisch erkrankte Personen in Benützung hatten, zur Verhütung einer Weiterverschleppung der Seuche nicht genügt, sondern dass nur eine daneben stattfindende Immunisirung des erkrankt gewesenen Individuums selbst eine Gewähr für wirkliche Beseitigung der Infectionsgefahr abgeben könne.

(XIII. Congress für innere Medicin in München. —  
(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 15.)

— Dr. H. Schottmüller (Greifswald, hygienisches Institut) publicirt einen **Fall von Wunddiphtherie mit Diphtheriebacillen bei gleichzeitigem Vorhandensein von Diphtheriebacillen im gesunden Rachen**: 1 Jahr altes Kind zeigte am 2./XI. 94 in der rechten Inguinalfalte eine kleine Wunde, die in den nächsten Tagen stetig an Ausdehnung zunahm und dem Kinde erhebliche Schmerzen bereitete. Die Wunde enthielt Diphtheriebacillen fast in Reincultur neben wenigen Staphylokokkencolonien. Vor etwa 14 Tagen war der Mutter ein älteres Kind an Rachendiphtherie verstorben, doch hatte unser Patient nie an D. gelitten, wogegen sich aber in der Schenkel-

beuge aus einem kleinen Eiterpickel, das sich das Kind selbst aufkratzte, jenes Geschwür bildete. Jetzt zeigte sich bei dem sehr blassen und elend aussehenden Kinde, das aber nicht fieberte, in der Mitte der Inguinalfalte sowohl oberhalb, als unterhalb des Poupart'schen Bandes ein je etwa feigengrosser Defect, dessen Grund mit grauweisslichen, missfarbenen, nekrotischen Fetzen bedeckt war; fast im ganzen Verlauf der Schenkelbeuge und ihrer Umgebung Haut entzündlich geröthet, zum Theil der Epidermis beraubt und dafür mit dünnen grauweisslichen, membranösen Auflagerungen versehen. Die Untersuchung der ersten Wege bot nicht den geringsten Anhalt für eine entzündliche oder gar diphtheritische Erkrankung derselben; und doch fanden sich im Rachen Diphtheriebacillen fast in Reincultur vor und es war die Virulenz der beiden Diphtherieculturen aus Wunde und Rachen eine ziemlich hohe! Die Wunde wurde nach Entfernung der nekrotischen Fetzen mit der Scheere mit Sublimatupfern gereinigt und nach Bestäubung mit Jodoform verbunden. Nach 9 Tagen Aussehen der Wunde, die in den letzten Tagen mit 1 ‰ Sublimatumschlägen behandelt worden war, ein überraschend gutes: gute Granulationen überall, die Umgebung blass und frei von Membranen. Hier und im Rachen keine Diphtheriebacillen mehr! — Der Fall ist aus vielen Gründen interessant. Er beweist zunächst, dass durchaus nicht immer durch die Anwesenheit von echten Diphtheriebacillen im Rachen ein diphtheritischer Process erzeugt werden muss. Der Infectionsweg war ferner jedenfalls folgender: das an D. verstorbene Kind entfernte die Krankheitskeime nach aussen, welche dann in die Mundhöhle des Bruders gelangten und dort eine geeignete Brutstätte fanden; das Kind kratzte sich, nachdem es den Finger in den Mund geführt hatte, eine Aknepustel auf und brachte so Bacillen auf die Wunde. Trotz ihrer Virulenz hatten die Bacillen in der Mundhöhle keinen Schaden angerichtet, wohl aber auf der Wunde. Es geht daraus hervor, dass vollvirulente Diphtheriebacillen im Rachen vorhanden sein können, ohne dort die typischen Krankheitserscheinungen hervorzurufen. Es geht ferner hervor, dass die Unrecht haben, welche daraus, dass Diphtheriebacillen bei Gesunden vorkommen, den Schluss



ziehen, dass die Löffler'schen Bacillen nicht die Erreger der D. sind; wir sehen ja hier, dass dieselben Bacillen auf einer für die Entfaltung ihrer deletären Wirkung günstigen Stelle, der Wunde, typische D. erzeugen! Der Patient war also nicht diphtherieimmun, und es müssen demnach andere Gründe vorhanden sein, welche einen für D. empfänglichen Menschen gegen diese Krankheit event. schützen. Hier spielt sicher örtliche Indisposition eine Rolle, d. h. es genügt nicht zum Entstehen einer Rachendiphtherie nur das Hineingelangen von Löffler'schen Bacillen in die Mundhöhle, sondern dieselben müssen die Möglichkeit haben, sich im Gewebe der Schleimhaut selbst anzusiedeln, und diese Möglichkeit ist in einer Läsion — katarrhalischen Entzündung, Continuitätstrennung — der Schleimhaut gegeben. Der Wundverlauf scheint durch das Jodoform hier sehr günstig beeinflusst worden zu sein, und es dürfte sich empfehlen, weiterhin Versuche mit Jodoform auf diphtheritisch inficirten Wunden anzustellen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 17.)

**Fracturen und Luxationen.** Dr. Lilienfeld (Berlin, Elisabeth-Krankenhaus) hält die Petersen'sche Behandlungsmethode der **Radiusfracturen**, nämlich nach vorheriger Correction einfach eine Mitella anzulegen, sodass die herabhängende Hand die Extension selbst besorgt, indem der freie Rand der Mitella mit dem Proc. styloid. ulnae abschneidet, für die Privatpraxis nicht immer für ausreichend. Man muss oft hier ambulant behandeln, eine genaue tägliche Controle ist erforderlich, weniger Intelligente eignen sich nicht dazu und bei Unfallverletzten, denen der gute Wille fehlt, kann zu leicht eine willkürliche Herbeiführung der früheren Dislocation stattfinden. Autor behandelt daher Radiusfracturen so, dass er zunächst nach Ausgleichung der fehlerhaften Stellung mit einer einfachen Pappschiene, die nach der ulnar-abducirten Stellung der Hand geschnitten wird, in starker Ulnarabduction und Volarflexion einen Verband anlegt, nachdem noch auf der Streckseite über der Radiusepiphyse zur besseren Fixirung der Fragmente ein Wattebausch gelegt worden ist, natürlich unter Freilassung der Finger. Dieser Verband bleibt 6—8 Tage liegen und dann

wird die Hand in der vorgeschriebenen Weise in eine Mitella gelegt. Vom 10. Tage an Massage, indem zunächst nur im Sinne der Ulnarabduction gestrichen und die Vorderarmmuskulatur geknetet, nach einigen Tagen etwas energischer vorgegangen wird. So gelingt es in überraschender Weise schon sehr früh, in 16—20 Tagen eine vorzügliche Function zu erzielen! Es kommt bei der Behandlung solcher Fracturen nicht so sehr auf die Schiene an, als darauf, wie der Verband angelegt wird. Ein wesentliches Erforderniss ist die Correction der Stellung, und dazu genügt oft nicht die vorgeschriebene Extension, Ulnarabduction und Volarflexion, sondern man muss die Fragmente fixiren und durch directen Druck corrigiren, event. bei Neigung zur Dislocation Wattebäusche auflegen. Freilassung der Finger dabei selbstverständlich; aber bei älteren Individuen muss man vor Allem dafür sorgen, dass die Mittelhandfingergelenke selbst frei sind, was dadurch erreicht wird, dass die Schiene nur bis zur ersten Querlinie der Hand, also noch ca. 2 cm von dem Ansatz der Finger entfernt, reicht; sonst ist die Bewegung dieser Gelenke nicht möglich. Der Hauptgrund, wesshalb man so oft schlecht geheilte Radiusfracturen sieht, ist der, dass sie so oft verkannt werden. Crepitation und abnorme Beweglichkeit fehlen hier sehr oft, aber trotzdem ist Diagnose, auch ohne Palpation, leicht zu stellen. Die typische Dislocation des unteren Fragmentes nach oben und hinten könnte ja durch eine Anschwellung vorgetäuscht werden, aber es fehlt fast nie ausserdem noch die Adductionsstellung der Hand, die sich dem Auge dadurch kenntlich macht, dass die Seitenfläche des Radius, welche normaler Weise dicht oberhalb des Handgelenkes leicht convex ist, bei Fractur eine deutliche Einknickung (volare Convexität) zeigt. Nimmt man noch die Palpation zu Hülfe und fühlt das untere Bruchstück an der Rückseite und das obere nach innen verstellt, wie dies stets der Fall ist, so ist ein Zweifel unmöglich. Aber auch wo man sich nicht ganz klar ist über die Natur der Verletzung an der unteren Radiusdiaphyse, sollte man stets eine Fractur annehmen und so handeln, da der Distorsion bei weitem seltener ist und schliesslich bei der gleichen Therapie auch am besten heilt.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1895 No. 2.)

- Prof. Lorenz stellt ein 12jähriges Mädchen vor, das wegen einer linksseitigen **congenitalen Hüftluxation** seit seinem 3. Lebensjahre bis jetzt, also 9 Jahre lang Tag und Nacht von dem Mechaniker Hessing mit extendirenden Schienenhülsenapparaten behandelt worden war. Als Autor das Kind sah, glaubte er, es wäre überhaupt noch keine Behandlung erfolgt. Die Luxationsverkürzung betrug 4 cm, der Trochanter springt seitlich mächtig vor, der Schenkelkopf ist durch die in Folge des Maschinendruckes hochgradig atrophisch gewordenen Weichtheile fast unmittelbar unter der Cutis zu fühlen. Auch Hoffa konnte einmal feststellen, dass ein Kind nach mehrjährigem Gebrauche der Hessing'schen Apparate wegen hochgradiger Atrophie der Musculatur überhaupt nicht mehr im Stande war, ohne dieselben zu gehen, während die Luxation durch die lange Behandlung nicht beeinflusst worden war. Von wirklichen Heilungen der Affection von Seiten Hessing's hat man noch nichts gesehen, und nach Lorenz' Erfahrungen ist eine thatsächliche Reposition auf mechanischem Wege jenseits des 4.—5. Lebensjahres überhaupt unmöglich. Lorenz demonstriert 10 von ihm operirte Fälle von angeborener Hüftverrenkung mit vorzüglichem Endresultat und er erklärt auch die operative Reposition des vorliegenden Falles trotz des relativ vorgeschrittenen Alters der Patientin noch für ausführbar.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 22. Febr. 1895. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 9.)

- Dr. Scharlam (Breslau) berichtet von einem **Fall von congenitaler Subluxation im Metacarpophalangealgelenk**: 6jähriger, körperlich in der Entwicklung sehr zurückgebliebener, skoliotischer Knabe mit Subluxation des 2.—4. Fingers der rechten Hand. Bei Betrachtung des unthätig herabhängenden Armes Erscheinung fast gar nicht in die Augen fallend: Finger leicht volarwärts eingeschlagen. Bei Greifbewegungen kommt die Affection deutlich zum Vorschein: der 1. Act, die Streckung der Finger absolut unmöglich; bei dem activen Versuch der Streckung bilden die Grundphalangen der 4 Finger — Daumen verhält sich normal — mit der Mittelhand einen stumpfen Winkel, dessen

Concavität dorsalwärts liegt, mit dem Scheitel in der Metacarpophalangealgelenklinie, die zweiten und dritten Glieder der Finger sind krallenförmig eingeschlagen, sodass die Fingerspitzen die Köpfchen der Metacarpalknochen beinahe berühren. Bei dieser Handstellung können Gegenstände mit grösseren Flächen natürlich nicht gefasst werden, wohl aber schmale, längliche, um welche die Hand klauenhaft herumgelegt wird. — Um dem Kinde wieder eine brauchbare rechte Hand zu schaffen, liess Autor zur Abstellung vorgenannter Functionsfehler (Operation wurde abgelehnt) einen kleinen Apparat (bei Hermann Härtel, Breslau) herstellen, nach dessen Anlegung eine vollständig normale Streckung der Finger und die daraus resultirende erhöhte Gebrauchsfähigkeit der Hand erzielt wurde. Der Apparat besteht aus einem Lederarmband, von dessen dorsaler Seite eine schmale, ca. 1 cm breite, dünne Stahlschiene über die Mitte des Handrückens läuft; diese Schiene trägt quer zu ihrer Längsachse eine mit weichem Leder gepolsterte Metallplatte, welche mit ihrer einen Hälfte die Köpfchen der Metacarpalknochen, mit ihrer anderen vorderen, etwas dachförmig abgebogenen die mit diesen gelenkig verbundenen Köpfchen der Grundphalangen deckt und zwar so, dass sie auf das untere Drittel derselben einen leichten Druck ausübt. Dieser Dorsalplatte parallel läuft eine schmälere Platte in der Hohlhand, den volaren Flächen der Metacarpalköpfchen anliegend und mit der Dorsalplatte zweckmässig verbunden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 14.)

- Phokas hat 2 Fälle von **Spontanluxation des Hüftgelenks nach Abdominaltyphus** beobachtet. Einmal handelte es sich um ein Kind, dessen linkes Bein in Folge von infantiler Paralyse gelähmt war; während der Reconvalescenz vom Typhus klagte es plötzlich über Schmerzen in der rechten Hüfte, welche sich im Stehen sehr steigerten, — es bestand eine typische Luxatio iliaca des rechten Hüftgelenks. Der andere Fall betraf auch ein Kind, das gefallen war und seitdem an Schmerzen im rechten Bein litt; 3 Wochen nach dem Unfall erkrankte es an Typhus abdominal., und am 18. Tage desselben trat eine spontane Luxation des Hüftgelenks ein; die Reposition gelang in Narkose und wurde durch festen Verband erhalten, der

aber, weil Eiterung eintrat, abgenommen werden musste; nach Heilung des Abscesses wieder Immobilisirung und dauernde Heilung, freilich mit Ankylose. Spontan-Luxationen nach Typhus bereits früher beobachtet. In der Litteratur 30 Fälle (27 Hüftgelenk, 2 Schulter, 1 Knie). Charakteristisch das infectiöse Auftreten (oft ganz schmerzlos) und die geringe Neigung zur Eiterung (in unserem Falle Ausnahme!). Prognose günstig: Reduction in Narkose fast stets möglich, Heilung durch festen Verband. — Auch nach Gelenkrheumatismus (15 Fälle: 4 Mal Knie, 1 Mal Schulter, 11 Mal Hüfte) und Scharlach (3 Fälle) wurden derartige Luxationen beobachtet. Es scheint überall hier zunächst eine Arthritis aufzutreten und der Gelenkkopf durch starke Flüssigkeitsansammlung aus der Pfanne herausgetrieben zu werden.

(Gaz. des hôpitaux 1894 No. 132. —  
Centralblatt für innere Medicin 1895 No. 15.)

**Fremdkörper.** Ein Fall von Zurücktreten der Prodromalsymptome einer acuten Darmocclusion nach Entfernung eines Fremdkörpers aus dem After wird von Dr. J. Grundzach (Warschau) mitgetheilt: Der 30 Jahre alte Patient klagte über heftige Schmerzen im ganzen Unterleibe, Stuhldrang, Stuhlverstopfung, nicht abgehende Winde und Appetitlosigkeit, welcher Zustand, jetzt 24 Stunden anhaltend, nach einem copiosen Abendessen aufgetreten war, bei welchem Patient eine Fischgräte verschluckt hatte. Er hatte noch an demselben Tage 2 Mal à 0,2 Calomel und einen Löffel Ricinusöl genommen, ohne dass Stuhlgang oder Winde sich zeigten. Patient fühlte einen unbestimmten Drang in der Analöffnung, hatte einen aufgetriebenen Magen, druckempfindlichen, gleichmässig aufgetriebenen Leib ohne besondere Schmerzpuncte, ängstlichen Gesichtsausdruck. Da Autor sich erinnerte, dass F. häufig nach Passiren des Dramtractus im Anus stecken bleiben, führte er in denselben den Zeigefinger ein und stiess 8 cm über der Analöffnung auf einen harten, balkenartig quer gelagerten Körper, dessen beide Enden sich an die Darmwand stark anlehnten, sodass der oberhalb des Körpers verkrümmte Finger denselben nicht herunterziehen vermochte. Nach einiger Mühe gelang dies, es wurde eine dicke, 5—6 cm

lange Fischgräte entfernt; sofort Nachlass der Bauchschmerzen, der Bauch war weicher und fast gar nicht druckempfindlich, kurz darauf Abgang von Winden und nach Verlauf einiger Zeit Stuhlgang. — Autor macht zu dem Fall noch folgende Bemerkungen:

1. Ein so grosser, harter und scharfer Gegenstand, wie die betreffende Fischgräte, kann verschluckt werden, ohne bemerkt zu werden, daher kann sich der Kranke erst nach einer gewissen Zeit daran erinnern.
2. Ein derartiger Gegenstand kann den Darmtractus passiren, hält sich nirgends auf und bleibt erst im Rectum (Ampulla recti) stecken, woran man stets denken soll, da es ein sehr wichtiges diagnostisches und in jedem einzelnen Krankheitsfalle leicht controlirbares Merkmal ist.
3. Das Anhalten der F. in der Ampulla recti ist in der Weise zu erklären, dass der Gegenstand einerseits aus dem engen Theil des Afters in den weiteren Abschnitt (Ampulla) gelangt, wo eine Lageveränderung zu Stande kommt, und wo er an die Darmwand sich anlehnt, und andererseits, dass das reichliche Vorhandensein der sensiblen Nerven im After eine reflectorische Contraction der Muscularis veranlasst.
4. Ich habe bereits angedeutet, wie fest die Grätenspitzen sassen, und dass es ursprünglich unmöglich war, ohne starke Schmerzen hervorzurufen, sie von der Stelle wegzurücken. Zweifellos war der Darm an jener Stelle stark (krampfartig) contrahirt, was die Entfernung des Fremdkörpers erschwert hatte. Auch die Einführung des Fingers in den Anus war schwierig; das Hinderniss bestand in der Contraction des Sphincter ani.
5. Die an einer bestimmten Stelle bestandene Darmcontraction rief die Bauchauftreibung, die Schmerzhaftigkeit des Leibes in Folge der Gasauftreibung, das Fehlen der Windabgänge und Stuhlgänge hervor.
6. Wunderbar ist es, dass ausser einem Dranggefühl der Kranke keine Schmerzen im unteren Theile des Bauches oder im Anus empfand, dafür aber diffuse Schmerzen im ganzen Bauch vorhanden

waren, die sofort nach der Entfernung der Fischgräte verschwanden.

7. Es verdient ferner bemerkt zu werden, dass die Fischgräte, nachdem sie den ganzen Darmtractus passiert hatte, fast gar nicht verändert war; sie war hart, normal elastisch und nicht erweicht, nicht unter dem Einflusse des Magensaftes und der Darmsäfte verdaut, wie dies zu erwarten wäre. Die beiden Enden, das scharfe und zugespitzte, abgeplattete, waren deutlich zu unterscheiden. Bloss die Farbe ist braun geworden.
8. Oft sind wir genöthigt, zur Chloroformnarkose Zuflucht zu nehmen, wenn die durch F. hervorgerufene Schädigung (Verwundung mit einem scharfen Gegenstand, Ulceration, Eiterung) beträchtlich, der Sphincterenkrampf intensiv ist, und wir, ohne dem Kranken heftige Schmerzen zu verursachen, nicht im Stande sind, den F. zu entfernen.
9. Schliesslich sei bemerkt, wie wichtig in einem derartigen Falle die manuelle Untersuchung der Analöffnung und des Afters ist, obwohl eine solche Manipulation weder für den Kranken, noch für den Arzt sehr angenehm ist. Es ist aber bekannt, wie oft die Untersuchung per rectum uns reichlich diese doppelte Widerwärtigkeit belohnt; hier treffen wir hämorrhoidale Knoten, Polypen, Carcinome, Incarcerationen, Darmprolapse, Kothsteine, Fremdkörper u. s. w. Aus eigener Erfahrung weiss ich, dass die Untersuchung dieser Art von Aerzten häufig vernachlässigt wird, und zwar in Fällen, wo sie unumgänglich nothwendig ist, wo schon das Einführen des Fingers in den After den Krankheitsprocess oft vollkommen klar macht.

(Wiener medic. Presse 1895 No. 10.)

- Dr. Cubasch (Stansstad) berichtet von einer **Wendung und Extraction einer in die Harnblase gerathenen Haarnadel**. Die bestehenden Symptome deuteten auf einen Fremdkörper in der Blase. Patientin hatte vor 2 Monaten mit einer Haarnadel an den Genitalien manipulirt. Tiefe Chloroformirung. Dilatation der Harnröhre, anfangs mit dem Palmer'schen Uterusdilator, später mit dem Hegar'schen Glasdilatorium; nach ca. 15 Minuten Harnröhre so

weit, dass der kleine Finger in die Blase dringen konnte. Hier im Orificium vesicae, frei in die Urethra hineinragend, eine Spitze der Haarnadel zu fühlen, während der andere Schenkel sich rechts davon in die Blasenwand einbohrte. Nadel in dieser Stellung kaum beweglich. Den ersteren Schenkel konnte Autor ohne Schwierigkeit mittelst einer amerik. Kugelzange ergreifen; durch sanftes Empordrängen konnte auch die Nadel beweglicher gemacht werden, aber bei jedem Zug nach unten bohrte sich der andere Schenkel in die Blasenwand ein und hielt wie ein Widerhaken fest. Es gelang auch ohne Schwierigkeit, den 2. Schenkel für sich zu fassen, aber auch hier war das Resultat kein besseres, und beide Schenkel zugleich zu ergreifen und sie so herauszuziehen war nicht möglich, weil der Durchmesser der Harnröhre eine genügend weite Oeffnung der Zange nicht gestattete. Nun kam Autor der Gedanke, den Versuch zu machen, die Nadel auf den Kopf zu wenden, worauf dann, wenn einmal das runde Ende vorausliegt, eine Extraction in toto keine Schwierigkeiten mehr machen sollte. Autor ging also mit einer gewöhnlichen Uterussonde in die Blase ein, so zwar, dass die Sonde zwischen die Schenkel der Nadel zu liegen kam; in dieser Richtung schob er sie so weit wie möglich vor. Am Ende zwischen den Schenkeln angelangt, drückte Autor die Sonde gegen die obere und vordere Blasenwand und drehte sie, mit letzterer immer Fühlung behaltend, so weit nach rechts, als es der Raum gestattete. Hierauf zog er die Sonde, ihren Kopf immer gegen die vordere Blasenwand drückend, wieder heraus, die auf ihr sitzende Nadel kam in toto heraus! Sofort Ausspülung mit Salicyllösung, innerlich Natr. salicyl. Tags darauf Incontinenz, die am 3. Tage wieder verschwand. Schon nach Verlauf einer Woche keine Harnbeschwerden mehr. Ein schonenderes Verfahren, als das geschilderte, lässt sich wohl kaum denken; Verletzungen können dabei kaum stattfinden! — Im Anschlusse an diesen Fall theilt Dr. E. Haffter (Frauenfeld) einen 1891 von ihm beobachteten mit. Auch hier hatte sich Patientin 3 Monate zuvor eine Haarnadel in die Genitalien getrieben. Tiefe Narkose. Der eingeführte Silberkatheter entleerte stinkenden, blutigen Urin und kam für einen Moment in Berührung



mit einem harten F. Der in die Vagina eingeführte Finger ritzte sich im vorderen Scheidengewölbe an einer Metallspitze. Dieselbe wurde unter Führung des Fingers mit Roser'schem Nadelhalter gefasst und durch Ziehen und Drehen die Haarnadel entwickelt, wobei ziemliche Gewalt angewendet werden musste. Dieses etwas rohe Verfahren (dem das oben geschilderte allerdings vorzuziehen gewesen wäre) hatte eine kleine Blasenscheidenfistel zur Folge, welche ambulant, unter Cocainanästhesie angefrischt und mit Silberdraht vernäht wurde, worauf sie heilte.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 8.)

**Haemorrhoiden.** Prof. Dr. Roux (Lausanne) empfiehlt sehr warm die sogenannte **amerikanische Methode**, welche so vorzügliche Resultate ergab, dass er seit Jahren keine blutige Operation mehr ausgeführt hat. Die Methode, die jeder prakt. Arzt bequem zur Anwendung zu bringen im Stande ist, ist auch bei sehr schweren Fällen erfolgreich. Im Spital hat sich Autor immer dabei der Aethernarkose bedient, in der Privatpraxis hat er sie ohne Narkose folgendermaassen angewendet: „Der Kranke wird in Steinschnittlage gebracht, beide Daumen in den Darm gesteckt und durch „*Massage cadencé*“ (rhythmisches Auseinanderziehen) der Anus soweit dilatirt, bis die Pulpa des Endgliedes der Daumen an die Tubera ischii stösst. Es prominiren dann sämmtliche Knoten, die sich sofort ad maximum mit Blut füllen und den bekannten Kranz bilden. Nun wird jeder einzelne Knoten an der Basis mit Daumen und Zeigefinger (lieber als mit einer Zange) fixirt, eine mit 50—80 % Carbolglycerin gefüllte Pravaz'sche Spritze von der Margo ani her in die Basis (oder die Mitte) des Knotens eingestochen und 2 Tropfen eingespritzt. Nach einigen Secunden schwillt der Knoten etwas an und wird bläulich bis dunkelblau. Nun kommen die anderen an die Reihe, bis so viel mal 2 Tropfen eingespritzt worden, als der Kranz Knospen zählt. Die Schwellung ist dann so stark, dass die H. keine Neigung mehr haben zur spontanen Reposition, die auch nicht wünschenswerth wäre. Zum Schluss wird eine mit Borvaseline bestrichene, sanduhrförmige Puppe aus Jodoformgaze zur Hälfte eingeführt und ein wenig sterile Watte mit T-Binde fixirt.“ Die Schmerzen nach der Operation

sind unbedeutend, die Reaction = 0. Am folgenden Tage fühlen sich die Knoten härlich an, wie Haselnüsse, sie sind kaum schmerzhaft auf Druck und verschwinden nach und nach, als die Patienten schon am 5.—7. Tage aufgestanden. Privatpatienten hat Autor gleich nach der Operation oder nach 1—3 Tagen aufstehen lassen, Spitalranke nach 5—8. Wenn die Kranken nicht an habitueller Obstipation leiden, ist die Vorbereitung mit Purgans nicht nothwendig, es wird nur für einen nicht allzu harten Stuhl bis zum 3. Tage gesorgt. Ist der Tampon herausgefallen, so wird derselbe nicht ersetzt, der After bloss reinlich gehalten. Was die späteren Resultate anbelangt, so sind sie viel besser gewesen, als nach blutiger Operation, besonders puncto Recidiv; nach Jahren trifft man an Stelle der Knoten kleine, zum Theil gefranste, spitzen Condylomen ähnliche, welke Hautfältchen.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 3.)

- Bei **prolabirten Haemorrhoidalknoten** bringt, wenn die Operation verweigert wird, täglich 1—2 maliges Bepinseln mit **Tinct. Jodi** grosse Erleichterung, namentlich wenn die Knoten entzündet sind.

(The Times u. Reg., 6. Septbr. 1894. —  
Deutsche Medicinal-Ztg. 1895 No. 26.)

- Dr. Strauss hat **Haemorrhoidal-Tampons** construiert, die durch constanten Druck die Venektasieen und den Blutdruck in ihnen verringern und so eine Verkleinerung der H. bewirken, zweitens aber auch zugleich der Einführung von Medicamenten behufs Beeinflussung der stets entzündeten Schleimhaut des Rectums dienen. Sie bestehen aus 2 an einem Holzstäbchen befestigten Watteballen, die, von verschiedener Grösse, mit Gummipapier und Gaze als Ueberzug umkleidet sind. Der grössere Ballen dient nur als Handhabe, der kleinere kommt ins Rectum (event. selbst vom Patienten einführbar!), nachdem er mit einem Medicament (adstringirende Mittel!) in Salbenform bestrichen ist (in den Poren der Gaze wird die Salbe festgehalten, daher Abstreifen unmöglich!). Diese Tampons eignen sich besonders bei beginnenden H. mit noch kleinen Knoten und bei Pruritus ani. Preis eines Kästchens mit 6 Tampons: M. 1,25 (zu beziehen vom Medic. Waarenhaus Berlin N., Friedrichstr. 108).

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1895 No. 7.)

**Hysterie.** Bätge berichtet über einen Fall von **unstillbarem Erbrechen** mit tödtlichem Ausgang. 49 jährige Virgo, früher bereits wegen heftiger Cardialgieen und hysterischer Beschwerden behandelt, ohne dass die Untersuchung der Organe etwas Positives ergeben hatte, bekommt wieder Erbrechen, gegen das sich Morphium-Atropin-Injectionen als unwirksam erwiesen. Etwa 4 Wochen nach Beginn des Erbrechens Exitus letalis. Die Section ergab keinerlei Anhaltspunkte. — Landesén sah in der Dorpater psychiatrischen Klinik einen ähnlichen Fall, wo monatelang Erbrechen bestand und sehr starke Abmagerung eintrat. Zur psychischen Beeinflussung täglich Einführung der Schlundsonde: am 3. Tage hörte das Erbrechen auf und kehrte nicht wieder!

(Aerzte-Verein zu Reval. —  
St. Petersburger medic. Wochenschrift 1895 No. 13.)

— Hector Mackenzie beschreibt eine **hysterische Contractur beider Beine von 2 jähriger Dauer**. Die Kranke zum 1. Mal ärztlich beobachtet im Alter von 20 Jahren. Damals Symptome, die auf ein Ulcus ventriculi deuteten: Erbrechen, Magenschmerzen, Macies. Bald darauf im Anschlusse an ein psychisches Trauma Schwäche der Beine, die sie ans Bett fesselte; Contracturen in den Beinen traten dauernd auf. Als sie zum 2. Mal in ärztliche Beobachtung kam, Beine bereits 2 Jahre in Contractur, Alter der Patientin 23 Jahre. Hochgradige Macies. Selbst in tiefer Narkose Beine in den Hüften nicht über den rechten Winkel extendirbar, Flexion normal ausführbar. Flexorensehnen hart und rigide. Stimmung stark deprimirt, völlige Anorexie. Autor diagnosticirte H., wahrscheinlich hatten sich Structurveränderungen der Flexoren-musculatur hinterher entwickelt, und so erschien es zweifelhaft, ob Streckung der Beine ohne Tenotomie gelingen würde. Zunächst musste der Ernährungszustand gehoben werden und die Störung der Psyche. Also Massage und Mastcur, ohne strenge Isolirung (doch Empfang von Briefen und Besuchen der Familie untersagt!). Nach 5 Wochen bedeutende Gewichtszunahme, Stimmung viel vertrauensvoller. Bald war Patientin im Stande, das Bett zu verlassen und die Beine ein wenig selbstständig zu gebrauchen. Die Contracturen liessen langsam, aber im stetigen Fortschritte nach.

Nach 9 wöchentlicher Behandlung unter weiterer beträchtlicher Gewichtszunahme Beine fast gerade. Am Ende der 13. Woche Entlassung: Patientin im Stande, vollständig aufrecht zu gehen. Seit 2 Jahren befindet sie sich wohl. Der Fall zeigt, wie hartnäckige, langwierige Fälle event. mit einfachen Mitteln zu heilen sind.

(Clinical Society of London, 1895 1. März. —  
Wiener klin. Rundschau 1895 No. 15.)

**Scabies.** Dr. Görl (Nürnberg) empfiehlt warm die **Resorbin-salben** und kann die Angaben Ledermann's bestätigen, dass die angewendete Salbe durch ihren Geruch nicht auffällt, dass sie die Oberfläche der Haut kaum merklich fett macht und dass in Folge dessen ihre Anwendung eine äusserst reinliche ist. Autor verordnet (bei zarter Haut Sapo virid. fortlassen):

Rp.

*Sulfur.* 30,0  
*β Naphthol.* 20,0  
*Sap. virid.* 50,0  
*Resorbin,* 150,0.  
M. f. ung.

Davon wird an 3 aufeinander folgenden Tagen je der dritte Theil eingerieben. Fängt die Haut zu schuppen an, was am 5.—10. Tage eintritt, dann warmes Bad. — Auch bei Behandlung der **Lues** (88 Fälle) hat Autor sehr günstige Erfahrungen mit Resorbin gemacht. Das Quecksilber dringt sehr rasch in's Blut ein. Noch besser, als die fertige 33 $\frac{1}{3}$  und 50 % Resorbinquecksilbersalbe reibt sich eine solche mit nur 25 % Hg pur. ein. Von letzterer verschreibt Autor 5—8 gr. Diese Salbenquantität wird auf einem Arme z. B. innerhalb 12 Minuten leicht verrieben, ohne starken Druck auszuüben, worauf man die Salbe noch, ohne weiter zu reiben,  $\frac{1}{4}$  Stunde lang einwirken lässt, um hierauf den minimalen Rückstand mit Watte wegzuwischen. Die Unterkleider werden nicht beschmutzt, der Geruch ist ein angenehmer! Die Behandlung ist ferner billiger, als die mit gewöhnlicher grauer Salbe. Eine Tube mit 30 gr Salbe kostet bei der Fabrik (Actiengesellschaft für Anilinfabrication, Berlin SO.) 75 Pf., reicht zudem, da 3 gr pro Einreibung genügt, für 10 Mal. Dieser Vortheil, sowie die anderen

werden hoffentlich wieder die Schmiercur mehr einführen, die ja zweifellos die beste Methode der Syphilistherapie ist, aber aus ökonomischen und anderen Gründen anderen weichen musste.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1895 Bd XX, No. 6.)

— Fournier empfiehlt Waschungen mit:

Rp.

*Glycerin.* 200,0  
*Gummi Tragacanth* 5,0.  
*Flor. Sulfur.* 100,0  
*Kal. carbonic.* 35,0  
*Tinct. Menth. pip.*  
*Tinct. Lavand.*  
*Tinct. Cinnam.*  
*Tinct. Caryophyll. aü* 1,5.

M. D. S. Aeusserlich!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 11.)

**Spondylitis.** Dr. H. Kümmel (Hamburg, Marien-Krankenhaus) hat in den letzten Jahren eine **traumatische Erkrankung der Wirbelsäule** wiederholt gesehen, die ein ganz charakteristisches, fast stets ganz gleiches Krankheitsbild zeigte. Dieses zu kennen, ist für den Arzt sehr wichtig, damit er nicht Simulation vor sich zu haben glaubt bei Leuten, die in Wirklichkeit schwer krank und absolut arbeitsunfähig sind. Die Ursache der Erkrankung bildet stets ein Trauma, sei es dass eine directe Gewalt die Wirbelsäule trifft, sei es dass ein schwerer Gegenstand auf die Schultern oder den Nacken des Patienten herunterfällt oder dass beim Herausspringen aus einem in Bewegung befindlichen Wagen der Oberkörper nach hinten gerissen wird und so eine Quetschung der Wirbel eintritt. Die Patienten klagen nur kurze Zeit, oft nur 2—8 Tage über mehr oder weniger heftige Schmerzen an der betroffenen Parthie der Wirbelsäule. Dann schwinden die Schmerzen und die Patienten können ihrem Beruf wieder nachgehen. Nach längerer Zeit aber, nach Wochen, oft nach mehreren Monaten, stellen sich heftige Schmerzen in der Wirbelsäule ein, es gesellen sich je nach dem Sitz Neuralgien im Gebiete einzelner Intercostalnerven, leichte Motilitätsstörungen in den unteren Extremitäten hinzu, der Gang wird ein unsicherer; es tritt eine Ky-

phose und ein mehr oder weniger ausgeprägter Gibbus hervor. Sitz meist Brustwirbelsäule. Die am meisten prominirenden Wirbel und die zunächst oberhalb und unterhalb gelegenen auf Druck schmerzhaft. Suspendirt man die Patienten, so tritt eine Streckung der einen grossen Theil des Rückens einnehmenden Kyphose ein, während der Gibbus nicht mehr auszugleichen ist. Es hat schon eine tiefergehende Zerstörung eines oder mehrerer Wirbelkörper stattgehabt, welche diese auch durch die spätere Behandlung nicht mehr auszugleichende Deformität hinterlässt. Das Trauma veranlasst in schleichender Weise einen rareficirenden Process der Wirbelkörper, der mit einem Substanzverlust derselben endet; manchmal wird eine Compressionsfractur des Wirbelkörpers im Spiel sein, ist eine Quetschung, wodurch die betroffenen Wirbelkörper so in ihrer Ernährung gestört werden, dass es zu einer Erweichung und Resorption oder Atrophie der sich berührenden Wirbelkörperflächen und zu einem fortschreitenden Druckschwund kommt. Nie entsteht Eiterung, wie bei tuberculöser Sp., nie Verdickungen der ganzen Knochenmasse, wie bei Lues, nie Knochenauflagerungen, wie bei Arthritis deformans. Die Therapie ist eine dankbare und um so erfolgreicher quoad restitutionem ad integrum, je früher man die Patienten vor dem Eintritt tiefergehenden Schwundes der Wirbelkörper in Behandlung bekommt. Immerhin kommen Fälle vor, welche sehr lange Zeit jeder Therapie trotzen, dem Patienten mit einem genügenden Stützapparat wohl wesentliche Erleichterung und Besserung verschaffen, ihn aber nicht vollständig von allen Beschwerden befreien und ihn wieder vollständig arbeitsfähig machen. Zuerst lässt man die Kranken zur Beseitigung der heftigsten Schmerzen eine vollkommen horizontale ruhige Bettlage mit Extension am Kopf einnehmen, um dann nach ca. 2—4 Wochen zu einem geeigneten Corset resp. Stützapparat überzugehen. Am besten Helsing'sche Stoffcorsets mit Kopfstütze. Die Schmerzen schwinden bei ruhiger Lage bald und die Kranken können mit einem gut sitzenden Corset ohne Beschwerden umhergehen. Es wird ein Stillstand des rareficirenden Processes erzielt und schliessliche Ankylosirung der afficirten Knochenparthieen. Das Corset muss aber Monate, auch Jahre getragen werden.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 11.)

**Tuberculose.** Dr. A. Andreessen (Jalta) hat über die **diagnostische und prognostische Bedeutung des Zahnfleischsaumes bei der Lungentuberculose** Untersuchungen angestellt. Das Symptom scheint in Vergessenheit gerathen zu sein. Frédericy beschrieb in den fünfziger Jahren zuerst einen an der Umschlagstelle des Zahnfleisches auf den Zahnhals durch seine Färbung von der übrigen Schleimhaut sich scharf abgrenzenden Streifen, der eine ausgeprägt rothe Farbe bei der acuten Phthise, eine mehr bläuliche in den chronischen Fällen dieser Krankheit und eine weisse bei ausgesprochener Scrophulose zeige und der sich von dem im Greisenalter sowie bei chronischen Unterleibsleiden und Verdauungsstörungen auftretenden schmutzig lividen Saum wohl unterscheide; er sei um so röther je acuter die Krankheit, die Abnahme der Röthe sei prognostisch ein günstiges Zeichen. Thompson bestätigte diese Angaben. Der Mangel jenes Streifens bei Männern mit unbestimmten Anzeichen von Schwindsucht berechtigt zu einer günstigen Fassung der Diagnose und Prognose, während bei Frauen auf das negative Zeichen weniger Gewicht zu legen ist; das Vorhandensein dagegen dieses Saumes ist für ihn ein Beweis für T. Saunders und Drapes fanden, dass dieser Saum keineswegs charakteristisch für T. sei und dass er bei schwangeren Frauen und kurz nach der Entbindung häufig ist. Sticker untersuchte 1000 Kranke jeder Art auf diesen Saum und kommt zum Schluss, dass der scharf begrenzte rothe Zahnfleischsaum in der Phthise fast ausnahmslos vorhanden ist und namentlich im Jünglingsalter unter den ersten Zeichen der Krankheit auftrete. Er zeige sich mit einer grösseren Unregelmässigkeit in der 2. Hälfte der Schwangerschaft und bestehe noch einige Zeit nach ihrem Ablaufe. Die Krankheitserscheinungen nun, welche erfahrungsgemäss der ausgesprochenen T. vorausgehen können (Pseudochlorose, Erethismus cordis, Dyspepsie) seien mit einer sehr grossen Wahrscheinlichkeit als Ausdruck latenter T. aufzufassen, wenn der rothe Zahnfleischsaum mit ihnen gleichzeitig besteht, mit Sicherheit bei jugendlichen Individuen. Das Fehlen dieses Saumes unter jenen Umständen sei, wenn es sich um weibliche Personen handelt, für die Diagnose bedeutungslos, handle es sich dagegen um jüngere männliche Individuen, so sei

der Verdacht auf latente T. sehr zurückzuhalten, wenn der rothe Saum fehlt. Andreesen untersuchte 800 Personen und kam ungefähr zu den gleichen Schlüssen, wie Sticker. Von 800 Personen zeigten 92 den Saum, von denen 69 notorisch tuberculös waren mit Bacillen im Auswurf, 23 mehr oder weniger der T. verdächtig; der grösste Theil der Tuberculösen wies also das Symptom auf! Die Beobachtung lehrte nun, dass sämtliche Kranke ohne Saum einen günstigen Verlauf ihrer Krankheit zeigten! Es scheint also dieses Zeichen für die Diagnose und Prognose der T. eine gewisse Bedeutung zu haben, und Autor konnte unter Berücksichtigung desselben wiederholt in fraglichen Fällen auf solche Weise die Diagnose früh stellen und prognostische Schwierigkeiten überwinden. Autor glaubt nicht, dass der Saum ein Ausdruck der T. ist, sondern dass Individuen mit dem Saum zu der Infection mit T. disponirt sind, daher leichter erkranken und einen ungünstigeren Krankheitsverlauf zeigen! Ein Verschwinden des Saumes beobachtete er nie, häufig aber ein Blasserwerden bei Besserung des Allgemeinbefindens, ein Rötherwerden bei Fieber und Exacerbation des Leidens. Meist waren endlich die mit dem Saum Behafteten erblich belastete junge Individuen mit zarter Haut und erregbarem Gefässsystem, fast nie kräftige mit normalem Gefässsystem.

(St. Petersburger medic. Wochenschrift 1895 No. 10.)

- Dr. R. Paulus (Davos-Platz) bespricht das ursprünglich von Spengler angegebene **Verfahren der Homogenisirung und Sedimentirung des Sputum durch Verdauung mit Pancreatin zum Zweck des Nachweises von Tuberkelbacillen**, welches Verfahren sich durch Einfachheit und Sicherheit auszeichnet und sich auch dem Autor als „überaus geeignet“ erwiesen hat, „Gemeingut gerade der praktischen Aerzte zu werden“. Sämtliche bisher in Gebrauch stehenden Homogenisirungs- und Sedimentirungsverfahren zielen auf eine möglichst feine Zertheilung und Auflösung der körperlichen Bestandtheile des Sputums ab, worauf dann das Sedimentiren dieser homogenen Massen erfolgen soll. Diese Methoden sind aber meist zeitraubend, führen oft zu keinem Resultat und haben auch sonst manche Nachtheile. Bei der Methode durch Verdauung mit



Pancreatin erfolgt Auflösung und feine Zertheilung der körperlichen Bestandtheile des Sputum in weitweniger stürmischer und eingreifender Art; diese Methode bewirkt die Homogenisirung durch Nachahmung des physiologischen Vorganges der Pankreasverdauung im Reagensglas, wobei nach Umwandlung der unlöslichen Albuminate in lösliche Peptone diese letzteren in event. beigegebenem Wasser gelöst werden und die körperlichen Bestandtheile durch die Verdauung des Zellprotoplasmas getrennt und in eine feine Zertheilung gebracht werden; da nun während des Actes der Verdauung diese löslichen Peptone sofort in Lösung gehen, die übrigbleibenden und zunächst noch nicht verdauten Bestandtheile, die Kerne und Bakterien aber gemäss ihrer Schwere successive zu Boden sinken, so ergibt sich daraus, dass bei dieser Methode im Verlauf des Homogenisirungsvorganges auch die Sedimentirung erfolgen muss, dass also Homogenisirung und Sedimentirung in einen Act zusammengezogen wird. Autor giebt nun folgende Vorschriften darüber an: „Das zu sedimentirende Sputum kommt in seiner Gesamtheit in ein Spitzglas, wie solche zur Sedimentirung von Harn verwandt werden, wird mit etwas destillirtem Wasser übergossen (die Menge richtet sich nach Menge und vermuthlichem Zellreichthum des Sputum) und wird nun mit einem Glasstab tüchtig umgerührt, sodass etwa dickere Ballen sich etwas zertheilen. Nun wird durch Zusatz von einigen Tropfen concentrirter Natriumcarbonatlösung die Masse alkalisch gemacht, eine kleine Messerspitze Pancreatinpulver zugesetzt und dasselbe in der Sputumaufschwemmung vermittelst Glasstab tüchtig vertheilt, wobei besonders darauf zu achten ist, dass event. sich bildende Klumpen des Pulvers an der Glaswand zerrieben werden. Die so fertiggestellte Mischung muss nun mit einer Glasplatte zugedeckt an einen Ort gestellt werden, der während 16—18 Stunden annähernd Körpertemperatur resp. eine Temperatur zwischen 35—40 ° C. hat. Dies letztere bildet für den prakt. Arzt vielleicht den einzig schwierigen Punkt der ganzen Manipulation, da für gewöhnlich ein Brutschrank nicht zur Verfügung steht. Doch wird man an oder auf dem Ofen oder Heerd einen Punkt finden, der dem gewünschten Temperaturgrad einigermaassen entspricht; wer aber in der Lage ist, öfters solche Unter-

suchungen zu machen, für den ist wohl zu empfehlen, sich von einem Flaschner aus Weissblech einen doppelwandigen Kasten machen zu lassen, dessen Zwischenraum mit Wasser gefüllt wird und der nun leicht durch eine untergestellte Petroleum- oder Benzinflamme auf die geeignete Temperatur gebracht und erhalten wird. Sind alle diese Bedingungen erfüllt, so ist das Sputum nach Ablauf von 16—18 Stunden ohne weitere Maassnahmen zur Untersuchung fertig. Es findet sich dann nach dieser Zeit am Boden des Spitzglases ein mehr oder weniger starkes Sediment je nach dem Zellreichthum des vorliegenden Sputum, darüber steht eine leicht gelblich gefärbte, opalescirende, trübe Flüssigkeit, die die gelösten Eiweisskörper enthält und eine kräftige Biuret-reaction giebt. Es hat sich also während dieser Zeit, die man zweckmässig auf die Nacht verlegt, sodass man also das Sputum Abends zurecht macht, die Homogenisirung und Sedimentirung des Sputum vollzogen. Bei manchen wenigen Sputa kommt es vor, dass zu der angegebenen Zeit der Verdauungsact noch nicht vollständig beendigt und das Sputum in eine zäh-gallertige Masse verwandelt ist. Man kann dann gleichwohl schon Deckglaspräparate anfertigen oder aber man wartet noch 6—8 Stunden, in welcher Zeit dann der gewünschte Grad der Verdauung erreicht sein wird. Zur Untersuchung entnimmt man dann dem Sediment vermittelst Pincette ein Tröpfchen, bringt es auf ein Deckglas, wo es ausgebreitet und über der Spiritusflamme bei leichter Wärme angetrocknet wird. Es folgt nun in üblicher Weise die Fixirung durch dreimaliges Ziehen durch die Flamme und die Färbung auf Tuberkelbacillen nach irgend einer Methode. Manchmal, doch selten kommt es vor, dass das Material auf dem Deckglas nicht fest haftet und sich bei den verschiedenen Procedures der Färbung, Entfärbung und Nachfärbung einzelne Fetzchen loslösen. Dem kann man entweder dadurch begegnen, dass man bei Antrocknung und Fixirung mit ganz besonderer Sorgfalt vorgeht, oder dass man dem flüssigen Tröpfchen auf dem Deckglas eine Spur von Eiereiweiss zusetzt und dann erst in der gewöhnlichen Weise trocknet und fixirt. Das Eiereiweiss kann man sich vorrätig halten, wenn man es zu gleichen Theilen mit kaltgesättigter Borsäurelösung versetzt und dann filtrirt. Auf diese Weise zubereitet, hält sich die Lösung fast unbegrenzt, lässt aber manchmal etwas Bodensatz fallen, der dann einfach abfiltrirt wird.“ Autor

möchte anrathen, diese Methode der Sedimentirung durch Verdauung als einzige Sedimentierungsmethode in allen Fällen anzuwenden und, da die Sache so einfach ist, überhaupt mehr zu sedimentiren, als bisher. Er verfährt nach folgenden Grundsätzen: Sofort, ohne überhaupt ein Deckglaspräparat angelegt zu haben, werden sedimentirt alle die Sputa, die, wie es so häufig vorkommt, ein wahres Chaos von Mund-, Rachen- und Nasenschleim, vermischt vielleicht mit einigen wenigen Lungensputumpartikelchen, aufweisen. Ferner werden alle Sputa so behandelt, bei denen spätestens im 2. Präparate Tuberkelbacillen nicht gefunden werden; legt man nach jener Sedimentirung durch Verdauung dann noch 2 Präparate an, so kann man mit vollständiger Sicherheit eine Diagnose stellen.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 8.)

- Prof. Dr. Mracek stellt einen **Fall von chronischer T. der Haut des Unterschenkels** vor, derselbe ist nach 2 Richtungen hin interessant: erst wegen des Auftretens an einer aussergewöhnlichen Körperstelle und der seltenen Form, zweitens wegen des Erfolges der eingeschlagenen Therapie. 69jährige Patientin, am 25./12. 94 aufgenommen. Brustwarzenähnliche Papillome, an ihrer Oberfläche durch linsengrosse Defecte und durch facettenartige Streifung in der gelockerten Epidermis ausgezeichnet; bei seitlichem Druck auf diese Geschwülste entleerte sich aus den Defecten käseartiger Eiter und Blut. Rasche Zunahme der Papillome an Umfang. Excision zweier Knoten ergiebt typische Tuberkelbildung. Da Operation verweigert wird, Versuch mit Kochin, Injectionen von je 1 mgr am 21./2., 26./2., 2./3., 14./3., 2./4. Schon bei der 1. Injection Reaction: Temperatursteigerung bis 39°, nach 2 Stunden schon bloss 38°, am 2. Tage normal. Nach der 2. Injection Temperatur nach 12 Stunden 40°, ähnlich bei den anderen; die Kranke fühlte sich dann 1—2 Tage etwas angegriffen, erholte sich aber rasch. Local jedesmal bei den ersten Injectionen Zunahme der Schwellung, Hyperaemie der Knoten und ihrer Umgebung und förmliches Zerfliessen der Geschwülste, die dann zusammenfielen und flacher blieben; bei der letzten

Injection Geschwülste nur mehr als flache Infiltrate angedeutet, Reaction nur in Form einer Hyperaemie. Also nach 5 Injectionen vollständiges Abplatten und Schwinden der Papillomwucherungen, Erfolg also gleich einer Operation! Der Fall lehrt, dass wir uns gelegentlich des Kochin sehr wohl erinnern dürfen bei Fällen, die sonst dem Messer des Chirurgen anheimfallen dürften!

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 15.)

- Privatdoc. Dr. Ziegler (München, chirurg. Klinik) demonstriert eine **durch Laparotomie geheilte Bauchfelltuberculose**: 20jährige Patientin, die 11 Monate vor ihrer Aufnahme mit allmählig zunehmendem Leibesumfang, Leibschmerzen und Abmagerung erkrankt war, wies bei der Aufnahme hochgradigen Ascites auf, durch den nur undeutlich Tumoren im Leibe durchzufühlen waren. Nach der Punction in der Bauchhöhle grosse Anzahl grosser und kleiner Knoten von höckeriger Oberfläche fühlbar, verschieblich, sich fortsetzend ins kleine Becken, wo sie zu beiden Seiten des Uterus zu fühlen waren und dessen freie Beweglichkeit in hohem Maasse minderten. Ursprüngliche Diagnose: Ovarialtumor. Diagnose „Bauchfelltuberculose“ erst beim Bauchschnitte offenkundig. Ablassen des Exsudates ( $\frac{1}{2}$  Liter bräunlicher Flüssigkeit); allenthalben derbe Verwachsungen der Darmschlingen. Mikroskopische Untersuchung ergiebt T. Nach Excision eines kleinen Stückchen Peritoneum behufs dieser Untersuchung Bauchhöhle mit warmen Compressen etwas ausgetrocknet und verschlossen. Wundverlauf abgesehen von geringen Temperatursteigerungen in den ersten Tagen (vor der Operation viel grössere!) normal. Nach 1 Monat Entlassung; dabei Kleinerwerden der Tumoren und Fehlen des Ascites constatirt. Nach  $\frac{1}{2}$  Jahr Abdomen völlig normal und so bis jetzt, d. h. nach 2 Jahren, wo Patientin blühend aussieht und durchaus arbeitstüchtig ist. Immer häufiger kommen Nachrichten über erfreuliche Resultate der chirurgischen Behandlung der Bauchfelltuberculose. Nach den bisherigen Statistiken 70 — 80 % Heilungen, wobei sich die mit reichlichem flüssigen Exsudat einhergehende Entzündung als die prognostisch günstigere erweist gegenüber der trockenen

oder eitrigen. — Die Erklärung der Heilung freilich noch hypothetisch. Wissenschaftlich am besten begründet ist die Theorie Buchner's, die sich auf die Alexine stützt: das Bauchfell reagirt auf jeden Reiz mit starker Exsudation, wir kennen dies ja von unseren Bauchoperationen her, wie rasch sich ein Darm z. B., an dem wir operiren, an der Oberfläche verändert. Durch die Operation wird ein Exsudat gesetzt, in das reichlich Leukocyten auswandern. Je reicher nun ein Exsudat an Leukocyten ist, desto reicher wird das Serum an Alexinen, jenen Stoffen, die wahrscheinlich von den Leukocyten producirt, eine directe baktericide Wirkung ausüben. Dass daneben noch verschiedene Momente günstig einwirken, so der reichlichere Blutzuffluss, der ja auch wieder die vermehrte Leukocytenauswanderung begünstigt, die günstigeren Resorptionsverhältnisse, vielleicht auch der Sauerstoff und die Entfernung der Stoffwechselproducte der Bakterien, die negativ chemotaktisch wirken, ist sicher nicht von der Hand zu weisen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 17.)



## Vermischtes.

---

- Prof. Winternitz (Wien) empfiehlt eine **einfache Herrichtung von Dampfbädern in den Badewannen der Wohnungen**, die es also Jedem ermöglicht, sich im Hause ein Dampfbad zu bereiten. Wer eine Badewanne besitzt und sich 20—25 Liter eines 80—90° C. heissen Wassers zu hitzen vermag, kann dies. Er bedarf nur eines Holzrahmens, der die Form der inneren Lichtung der Badewanne hat und mit querlaufenden Gurten überspannt ist. Dieser Rahmen ruht auf etwa 10 cm hohen Füßen. Zu grösserer Bequemlichkeit kann man einen schmäleren, ähnlich bespannten, länglich viereckigen Rahmen anfertigen lassen, um denselben am Kopfende der Badewanne als Stütze für Kopf und Rücken etwas schräg aufzustellen. Sobald sich der Badende in der Badewanne, auf diesen Rahmen ruhend, befindet, werden 2—3 Brettchen, schmale Leisten oder Stäbe quer über den oberen Rand der Wanne gelegt und nun diese mit einer Wolldecke, einem Plaid oder mit ein paar Leintüchern bedeckt. Von diesen muss natürlich der aus einer Oeffnung herausragende Kopf am Halse gut umschlossen werden, damit dem Dampfe und der Wärme ein Abzug nicht offen stehe. Nun wird der Wechsel des Warmwasserofens oder Reservoirs, wo ein solches vorhanden, nur ganz wenig geöffnet, das heisse Wasser strömt in die Badewanne (selbstverständlich muss sich der Einlauf am Boden der Wanne, unterhalb des Holzrahmens, befinden; wo dies nicht der Fall ist, wird an dem Wasserzulauf ein Kautschukschlauch angebracht, der bis gegen das Kopfende der Wanne reichen kann). Der Zulauf des heissen Wassers und der Ablauf desselben muss so eingerichtet sein, dass das in der Wanne sich ansammelnde Wasser den Rost, auf den der Badende ruht, nicht erreicht, sondern

nur den Boden der Wanne in einer 1—2 cm hohen Schicht bedeckt. Wenn mit dem Wasser nicht gespart werden muss, ist es gut, Zu- und Ablauf während der ganzen Badezeit vollständig offen zu lassen; hat man nur in Töpfen das Wasser erhitzt, so wird das Gefäss mit dem heissen Wasser an das Fussende der Wanne auf einen Sessel gesetzt und mittelst eines Kautschukschlauches durch Hebewirkung in ganz ähnlicher Weise in die Wanne eingeleitet. Das in dünner Schicht über den Boden der Wanne hinrieselnde heisse Wasser giebt einen grossen Theil seiner Wärme ab, erwärmt rasch die Luft in der durch die Decken abgeschlossenen Wanne, in der die Temperatur rasch auf 60—70° C. steigt, und zwar in gleichmässiger Vertheilung, sodass der Badende bald in profuser Transpiration ist. Nachher erfolgt eine Abkühlung: man entfernt die Tücher oben an der Wanne und begiesst den Badenden mit einigen Kübeln Wasser. Ist der Badende noch nicht gehörig abgekühlt, so kann man den Gurtenrahmen entfernen (er ist deshalb in 2 Theile getheilt, damit der Badende in der Wanne bleiben kann), sodass der Badende nun in dem zur Uebergiessung benützten Wasser sitzt, zu dem man jetzt natürlich noch kaltes Wasser zulaufen lassen kann. Ist die Wanne aus Metall, so muss beim Dampfbad die innere Wand ringsum mit Tüchern, Wolldecken u. s. w. bedeckt werden, weil die Wand sehr heiss wird und der Körper bei Berührung das sehr unangenehm empfindet; vor der Uebergiessung werden diese Schutzvorrichtungen entfernt, sodass sie gar nicht nass zu werden brauchen und so keinen Schaden nehmen.

(Zeitschrift für Krankenpflege 1895 No. 3.)

- Dr. Jos. Starlinger (Wien) hat einen **neuen Cervixdilator nach einem alten Principe** construirt, nämlich nach Art des bekannten Handschuhdehners. Das Instrument (verfertigt vom Instrumentenfabrikant Marconi in Wien) zeichnet sich durch Handlichkeit, Einfachheit, leichte Sterilisirbarkeit und Billigkeit aus.

(Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 9.)

- **Hygiama, ein neues Nährpräparat**, von Dr. med. Theinhardt (Weyer) erfunden, hat Dr. C. Römer (Cannstatt) vielfach mit Erfolg in seiner Praxis angewandt. Das hell-

braune, in Folge geringen, als Geschmackcorrigens beigefügten Zusatzes von Cacao nach diesem schmeckende Pulver, das mit Milch zu einem angenehm schmeckenden Getränk angerührt wird (bei Erwachsenen 2, sonst 1 Kaffeelöffel Hygiapulver wird mit  $\frac{1}{4}$  Liter Milch gekocht oder auch nur mit kochender Milch angerührt), bewährte sich bei Reconvalescenten und anderen in der Ernährung herabgekommenen Individuen, bei Blutarmen, schwachen Wöchnerinnen, bei acuten und chronischen Magen- und Darmkatarrhen, Magengeschwür, Typhus abdominalis. Autor liess bis 3—4 Tassen täglich trinken (Preis einer Tasse Hygiama: 12—15 Pf.), ohne unangenehme Nebenwirkungen zu sehen. Das Mittel wird meist gern genommen; wem der Geschmack nicht zusagt, der kann noch etwas Cacaopulver oder Zucker, auch etwas Cognac, Rum oder Sherry oder ein Ei hinzufügen.

(Aerztliche Rundschau 1895 No. 13.)





# Bücherschau.

**Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften.** Herausgegeben von Prof. Dr. A. Drasche in Wien. Verlag von Karl Prohaska, Teschen i. Schl. Preis der Lieferung: M. 1.

Das imposante Studien- und Nachschlagewerk, dessen wir schon oft in ehrender Weise Erwähnung zu thun Gelegenheit hatten, schreitet rüstig vorwärts. Die uns heute vorliegenden Lieferungen 51—61 legen wiederum beredtes Zeugniß davon ab, daß hier der Praktiker ein wirklich brauchbares medicinisches Lexikon erhält, das aber noch den Vorthail bietet, daß es zugleich für jedes Sonderfach ein ausgezeichnetes Lehrbuch darstellt (bekanntlich nämlich sind alle Disciplinen gesondert). Die 10 vorliegenden Lieferungen führen die Abtheilungen „Geburtshilfe und Gynäkologie“ und „Interne Medicin und Kinderkrankheiten“ fort und bringen den Beginn einer neuen Abtheilung „Medicinische Chemie“. Die beiden ersteren Abtheilungen bringen die Artikel „Instrumentarium zur Geburtshilfe“ bis „Polypen des Uterus“, resp. „Impfung“ bis „Indische Cholera“, während die neue Abtheilung die Artikel „Allgemeine Chemie“ bis „Alkohole“ enthält. In sämmtlichen 3 Abtheilungen finden wir wieder zahlreiche hervorragende Arbeiten, zum Theil reich illustriert.

**Beiträge zur klinischen Medicin und Chirurgie.** Herausgegeben vom Redactions-Comité der „Wiener klin. Wochenschrift“. Wien und Leipzig, Verlag von W. Braumüller, 1894/95.

Heft 8: **Pathologie und Therapie des Hallux valgus.** Von Dr. med. Erwin Payr. 75 S. Preis: M. 2,40.

„ 9: **Ueber Appendicitis.** Von Prof. Dr. K. G. Lennander. 156 S. Preis: M. 3,60.

„ 10: **Die manuelle Correctur der Deflexionslagen.** Von Dr. Hubert Peters. 113 S. Preis: M. 2,40.

Die Sammlung, die uns schon manch werthvollen Beitrag geliefert hat, bringt hier wieder 3 Arbeiten, welche der Beachtung der Collegen durchaus würdig sind. Die erste, aus dem pathol.-anatom. Institute in Wien stammend und mit 3 lithographirten Tafeln und 11 Abbildungen im Texte geschmückt, führt uns in 5 Capiteln (1. Begriff, Verbreitung und Aetiologie des Hallux valgus; 2. Pathologische Anatomie des H. 3. Pathologische Histologie des H. 4. Klinische Symptome und Folgeerscheinungen der Erkrankung. 5. Prophylaxe und Therapie des H.) das Thema in vor-  
trefflicher Darstellung und Vollständigkeit vor. Die Lennander'sche Arbeit befasst sich mit einem recht actuellen und für den Praktiker höchst wichtigen Gegenstande und kann zum Studium nur warm empfohlen werden. Sehr lehrreich ist ein genauer Bericht über 68 auf der chirurg. Klinik in Upsala beobachtete und operirte Fälle, welcher interessante Einzelheiten in Hülle und Fülle enthält. Dasselbe gilt von Peters' Buch, das seinen Ursprung von der Braun'schen geburtshilfl. Klinik herleitet und für die manuelle Correctur der Gesichts- und Stirnlagen eine Lanze bricht, welche nach des Autors Überzeugung, wenn sie im richtigen Moment ausgeführt wird, manchem Kinde das Leben zu erhalten berufen ist, das sonst der Craniotomie verfällt oder durch schwere Forcipes zu Grunde geht. Die dem Buch beigelegten tabellarischen Uebersichten sind sehr instructiv und werden gewiss zur Klärung der betreffenden Fragen wesentlich beitragen.

**Anleitung zur aseptischen Geburtshülfe.** Von Dr. P. Strassmann. Berlin 1895, Verlag von S. Karger. 162 S. Preis: M. 3,50.

Gehörte schon eine richtige und dabei doch einfache Durchführung der Antisepsis für den Praktiker, besonders den Landarzt, zu den schwierigsten Aufgaben, so ist das bei der Asepsis noch in viel höherem Grade der Fall, besonders für diejenigen, die, während ihres Studiums noch auf die Antisepsis „geachtet“, die Umwälzung der Antisepsis in Asepsis in der Praxis allein mitmachten, ohne in der Klinik darauf gedrillt worden zu sein. Wer also hier die Fortschritte der Wissenschaft sich praktisch zu nutze machen will, muss, um in das Wesen der Asepsis voll und ganz einzudringen, zum Studium von Büchern seine Zuflucht nehmen und hieraus lernen, worauf es ankommt und wie man die Dinge heutzutage anzufassen hat. In Bezug auf die bei der geburtshilflichen Thätigkeit in Betracht kommende Asepsis kann als vorzügliches Lehrmittel das Strassmann'sche Buch dem Praktiker empfohlen werden, in welchem

alles klar und kurz dargestellt wird, was in Bezug auf sachgemässe Durchführung der Asepsis während der Geburt und nachher nöthig ist. Besonders hervorgehoben seien noch die Capitel: „Einschränkung der inneren Untersuchung“ und „Einschränkung der inneren Eingriffe“, in welchen der Ersatz durch äussere Untersuchung und durch äussere therapeutische Verfahren gelehrt und warm empfohlen wird.

**Anleitung zur Massagebehandlung bei Frauenleiden.** Von Dr. R. Ziegenspeck. Berlin 1895, Verlag von S. Karger. 170 S. Preis: M. 4,50.

Obwohl über die Thure Brandt'sche Methode bereits zahlreiche, zum Theil vorzügliche Werke auf dem Büchermarkt erschienen sind, wird das vorliegende sicher auch seinen Weg finden. Es bringt so manches, was in den anderen Publicationen nicht in so präciser Form, wie es für den Praktiker wünschenswerth erscheint, zu finden ist, so z. B. eine genaue Schilderung der Leiden, bei denen die Methode indicirt ist, es verzeichnet in streng wissenschaftlicher Weise die Grenzen, wo das Heilverfahren zu verlassen ist und bewährten alten Methoden wieder Platz machen muss, es giebt eine Vereinfachung des Verfahrens an, sodass der Hauptnachtheil desselben, die Umständlichkeit, verringert wird, kurz es ist geeignet, sich neben den bereits veröffentlichten Werken zu behaupten und dieselben wirksam zu ergänzen.

In dem gleichen Verlage sind ferner erschienen  
(Besprechung vorbehalten):

**Die Behandlung der Leukämie.** Kritische Studie von Dr. H. Vehsemeyer. 40 S. Preis: M. 1.—.

**Die Behandlung der Diphtherie mit Behring's Heilserum.** Von Dr. H. Kossel. 38 S. Preis: M. 1.—.

**Die Basedow'sche Krankheit.** Von Dr. G. Brandenburg. Leipzig 1894, Verlag von B. Konegen. 136 S. Preis: M. 3,60.

Die Arbeit, die zum grössten Theil eine referirend-kritische ist, zum Theil aber auch sich auf einige eigene Beobachtungen stützt, ist eine ungemein fleissig geschriebene. Der Autor hat alles gewissenhaft gesondert und gesichtet, was in der reichen Litteratur über den Gegenstand sich vorfand und namentlich die Symptomato-

logie und Therapie in eingehendster Weise berücksichtigt. Die Resultate, zu denen der Verfasser auf Grund der in der Litteratur verzeichneten und der eigenen Fälle gekommen ist, sind mehrfach andere, als die der neuesten Schriftsteller, sodass die Lectüre des Werkchens interessant ist und zum Nachdenken anregt. Autor hatte die Arbeit 1893 behufs Erlangung des Alvarenga-Preises unternommen; wenn er letzteren auch nicht erhalten hat, so hat er doch Recht gehabt, seine Studien zu veröffentlichen, da dieselben, wie gesagt, einen guten Ueberblick über den Gegenstand geben und viel Interessantes bringen.

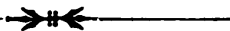
**Führer durch Bad Elster.** Von Dr. H. Helmkampff.  
5. stark vermehrte und völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig 1894, Verlag von B. Koenig. 145 S. Preis: M. 1,—.

Für alle, welche das Bad Elster aufsuchen, ist das Buch wirklich das, was der Autor in dem Nebentitel des Werkchens anzeigt, ein Freund und Rathgeber. Nicht nur die klimatischen und Bodenverhältnisse werden beleuchtet, sondern auch die medicinischen, auf das Bad und den Aufenthalt daselbst bezüglichen Daten werden eingehend besprochen, das Badeleben, die Wohnungsverhältnisse, Unterhaltungsgegenstände, Naturschönheiten u. s. w. dergleichen. Im Theil II bespricht der Verfasser die „Vogtländischen“ Wanderungen“, Ausflüge bei Elster und in der weiteren Umgebung des Bades, — kurz, alles was den gesunden wie kranken Fremden über Elster zu wissen frommt und nütze ist, lehrt das Büchlein, das zudem noch einen Plan des Badeortes und eine Karte der Umgebung enthält, welche zur ganz genauen Orientirung beigelegt sind.

In demselben Verlage sind ferner erschienen  
(Besprechung vorbehalten):

**Geschichte des Bades Steben.** Von Dr. Axel Winckler. 85 S. Preis: M. 1,—.

**Die Tuberculose und Lungenschwindsucht, ihre Entstehung und eine kritische Uebersicht ihrer neuesten Behandlungsmethoden.** Von Dr. S. Goldschmidt, Arzt in Reichenhall. 112 S. Preis: M. 2,20.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

**Verlag von CARL SALLMANN in Basel und Leipzig.**

Von den allgemein beliebten

## **Medicinischen Uebungsbüchern**

von

**Dr. med. Eugen Graetzer**

sind im Ganzen nachstehend verzeichnete acht Bände erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

**Band I.**

**143 Krankheitstypen aus der inneren Medicin.**

Preis Mark 2.40.

**Band II.**

**86 Krankheitstypen aus der Chirurgie.**

Preis Mark 1.80.

**Band III.**

**66 Krankheitstypen aus der Augenheilkunde.**

Preis Mark 1.80.

**Band IV.**

**84 Typen v. Haut- u. Geschlechtskrankheiten.**

Preis Mark 2.20.

**Band V.**

**106 Typen von Kinderkrankheiten und angeborenen Missbildungen.**

Preis Mark 2.40.

**Band VI.**

**53 Typen aus dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshülfe.**

Preis Mark 2.20.

**Band VII.**

**77 Typen von Ohren- u. Nasenkrankheiten, sowie Kehlkopf-, Rachen- u. anderen Halsaffectionen.**

Preis Mark 2.40.

**Band VIII.**

**84 seltene und atypische Krankheitsformen aus allen Zweigen der Medicin.**

Preis Mark 3.—.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 10.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

**Juli**

**IV. Jahrgang**

**1895**

---

**Akne.** J. Schütz (Frankfurt a. M.) behandelt A. vulgaris folgendermaassen: Zur Entfettung der Haut und Entleerung der Talgdrüsenmündungen dienen heisse Waschungen mit Kaliseifen oder Spirit. sapon.-kalin., welches letzterem man zweckmässig etwas Thymol (2:300), Solveol (2:300), Resorcin u. s. w. zusetzt (Glycerinseifen und überhaupt Glycerin gänzlich zu verbieten!). Bei den Waschungen spüle man durch wiederholt erneutes Wasser die Seifenreste ab; dem letzten Spülwasser füge man zur Neutralisirung der Alkalirückstände einen Löffel Essig, in der Praxis aurea Acet. aromatic. oder Citronensaft hinzu. Wo Wasser nicht vertragen wird, tägliche Abreibungen mit haltbaren Fetten (Kokosöl, Lanolin-Crème, Vaseline. americ.) von guter Wirkung. Wenn auch Fette nicht vertragen werden, Anwendung nicht vegetabilischer Puder! z. B.

**Rp.**

*Sulfur. depurat.*

*Calcar. sulfurat.*

*Calcar. phosphoric. aa 25,0.*

*M. f. pulv.*

*S. Schwefelpuder.*

Dieser Puder, mit etwas Wasser verrührt und über Nacht als eintrocknender Brei auf schmerzende Aknepusteln gelegt, wirkt zuweilen vorzüglich! Bei grösseren Knoten lieber Auflegen von Quecksilbercarbolpflaster, als frühzeitiges Sticheln! Neben der A. gleichzeitig bestehende Seborrhoea sicca, Alopecia pityrodes u. s. w. sorgfältig zu behandeln! Ein Ekzema se-

borrhoicum capitis behandelt Autor in der Weise, dass er zunächst mehrere Abende hintereinander den Kopf mit 2 % Salicylöl einölt und mit einer Gummihäube bedeckt. Am Morgen wird der Kopf gründlich mit Thymolseifengeist gewaschen, mit oft erneuertem, warmem, zum Schlusse etwas angesäuertem Wasser nachgewaschen, dann mit reinem Wasser nachgespült, mit Handtuch, hierauf mit Seidenpapier oder Verbandmull abgetrocknet. Die Haare werden, bis sie völlig trocken sind, offen getragen, sodann werden scheideweise mehrere Minuten lang Schwefelsalben, auch eine Salicylschwefelsalbe (3:1:30) eingerieben. Zum Kämmen bediene man sich nur der weiten Seite eines weichen, rothen Gummikammes! Nach und nach die Waschungen, später auch die Salbeneinreibungen seltener! Zur Nachbehandlung tägliche Aufträufelungen von Lösungen von Chinin. hydrochloric.

**Rp.**

*Chinin. hydrochloric. 3,0—5,0*

*Aq. dest. 100,0*

*Aq. amygd. amar. 20,0*

*Spir. vin. rectific. 50,0—100,0*

Disp. sine acido.

M. D. S. Zum Waschen.

Keine Salbe mehr! Bei Frauen, denen Waschungen nicht bekommen, Einpuderungen der Haare mit Schwefelpuder. Bei allen Akneanfällen ununterbrochene geistige Thätigkeit, anhaltendes Sitzen möglichst zu vermeiden, körperliche Uebung im Freien sehr zu empfehlen!

(Archiv für Dermatologie u. Syph. Bd. 30 Heft 2 1895.)

- A. Pospelow (Moskau) empfiehlt warm bei A. faciei **Hautmassage**, die aber in der Richtung der Talgdrüsengänge der Haut und derjenigen der Hautmuskelfasern des Gesichts vorgenommen werden muss und derartig vor sich gehen soll, dass das Reiben der Haut das Sebum aus den Drüsen nicht hinein- sondern herausdrückt. Autor giebt ein Schema an betreffs der Richtung dieser Reibebewegungen (z. B. bei der Stirn in der Richtung von der Mittellinie zu den Schläfen, vom inneren Augenwinkel nach aussen, von der Gegend der Backenknochen oder des Ohres in der Richtung zur Nase hin, von der Nasolabialfalte nach den Mundwinkeln, von den Kieferwinkeln nach vorn zum Kinn u. s. w.). Hauptmassage vor dem

Schlafengehen. 1 Stunde vorher erwärmt Patient in warmem Wasser von 35—37° R. seine Hände (mit erwärmten Fingern gelingt es leichter, beim Reiben den Inhalt der Drüsen zu erweichen und nach aussen zu befördern!). Nach gründlicher Erwärmung der Hände also und guter Abtrocknung massirt Pat. vor dem Spiegel mit eingefetteten Fingern 15—20 Minuten lang, worauf das Gesicht (ohne Abwaschung!) mit Reispuder bestreut wird. Erst am Morgen Abspülung des Gesichtes mit lauem Wasser und Abtrocknung mit einem weichen Tuch. 1 Stunde später Morgenmassage, nicht so energisch und nur 10 Minuten lang, dann Bestreuung mit Reispuder oder Kartoffelmehl. So früh und Abends mehrere Monate lang alltäglich.

(Dermatolog. Zeitschrift 1895 Bd. II Heft 3.)

**Bubo.** F. Block (Hannover) hat mit bestem Erfolg bei 12 Fällen die **Punction** gemacht, welche für den Praktiker als in der Sprechstunde leicht ausführbar, weit bequemer ist, als die Incisionsbehandlung und vor letzterer auch verschiedene andere Vorzüge hat. Wenn dem Autor die Möglichkeit des Zurückgehens eines entzündlichen Bubos (als beste Abortivmethode hat sich Carbolquecksilberpflastermull und darüber warme Breiumschläge bei völliger Ruhe bewährt) ausgeschlossen und die Anwesenheit von Eiter durch den Druckschmerz wahrscheinlich erscheint (gleichgültig ob schon Fluctuation fühlbar oder nicht), schreitet er ohne Narkose (nur unter Aetherspray) — erster Vortheil — zur Operation. Nach gründlicher Desinfection fixirt er die kranke Drüse mit 2 Fingern der linken Hand und sticht das senkrecht gehaltene, 1 cm breite Scalpell vorsichtig ein, bis das Aufhören des Widerstandes anzeigt, dass die Abscesshöhle erreicht ist. Das Messer wird zurückgezogen (also kein Kreuzschnitt!), worauf Eiter herausquillt, der durch leichtes massirendes Streichen noch mehr entfernt wird, und zwar so viel als möglich (allerdings ziemlich schmerzhaft!). Darauf Injection von etwa 2 gr einer 1% Argent. nitric.-Lösung mittelst einer 2 ccm haltenden Pravaz'schen Spritze, deren vorderes dünnes Ende (ohne Nadel) in die Wunde geschoben und sanft angedrückt wird, damit nichts ausfließt. Bedeckung der kleinen Wunde mit etwas Jodoformgaze, darauf grosses Stück Watte, recht gut



sitzende, fest comprimirende Spica. Pat. sei in den nächsten Tagen ruhig, wenn er einen sesshaften Beruf hat, darf er ihn ja ausüben — zweiter Vortheil — die übrige Zeit soll er freilich möglichst viel liegen. Nach 2 Tagen Abnahme des Verbandes, dreistere Massage, Injection von 2 gr einer 2—3 % Argent. nitric.-Lösung, wieder Druckverband. In den günstigsten Fällen nach weiteren 2 Tagen kein Eiter mehr, die noch bestehende Schwellung schmerzlos. Jetzt noch einige Zeit Carbolquecksilberpflastermull. Also oft schon nach 4 Tagen Heilung, manchmal nach 6—8. Immer jeden 2. Tag hierbei Massage, Injection von 2—3 % Argent. nitric.-Lösung und Druckverband. Schnelligkeit der Heilung 3. Vortheil, Fehlen der Narbe der vierte!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 20.)

- Dr. Neebe (Hamburg, Unna's Poliklinik) behandelt seit 2 Jahren Bubonen nach *Ulcera mollia* (Grösse zwischen Apfel und Mannsfaust, Haut stark geröthet, Gewebe sehr derb infiltrirt) mit dem von Kollmann (Leipzig) empfohlenen **Druckverband**: ein etwa  $1\frac{1}{2}$  Faust grosser Ballen unreinigter Schafwolle wird durch eine Binde fest umwickelt und auf den B. gelegt; alsdann legt man mittelst einer 6 cm breiten und 6 m langen Cambricbinde eine *Spica coxae* an, deren Touren sich über dem B. kreuzen und steckt, um eine Verschiebung des Wollballens zu verhüten, an der Kreuzungsstelle der Binde 1—2 starke Sicherheitsnadeln durch. Die Compression wird möglichst forcirt. Nur 1 Mal Vereiterung, sonst immer völliges Zurückgehen des B. nach 3—5 Wochen. Patienten konnten mit dem Verbande ihre Berufsthätigkeit ausüben und fühlten grosse Erleichterung durch ihn.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1895 Bd XX No. 10.)

**Diabetes mellitus.** Einen Fall von D. bei einem  $2\frac{3}{4}$  Jahre alten Kinde beschreibt Hofrath Dr. Cnopf (Nürnberg): Das Kind war bisher ganz gesund gewesen und die Eltern freuten sich darüber sogar, dass es täglich 2—3 Liter Milch mit Appetit trank und stets lebhaftes Verlangen darnach bewies. Sie wurden erst von Bekannten darauf aufmerksam gemacht, dass das Kind trotz dieses Appetits eigentlich schlecht aussehe, und suchten, jetzt ängstlich

geworden, ärztlichen Rath auf. Subjectiv befand sich das Kind sehr wohl, nur erbrach es oft die Milch unmittelbar nach dem Trinken. Objectiver Befund durchaus negativ. Autor schob das Erbrechen daher auf zu hastiges Trinken grösserer Flüssigkeitsmengen, liess deshalb die Milch nur in kleinen Quantitäten und eiskalt geniessen, verordnete Salzsäure und feuchtes Einpacken des Leibes. Darauf sehr unruhige Nacht, stürmisches Verlangen nach Getränken mit darauffolgendem Erbrechen. Objectiv ausser Blässe der Haut und starker Abmagerung nichts zu entdecken. Unterdessen Urinuntersuchung: er enthielt grosse Mengen Zucker! Noch am Abend desselben Tages Coma diabeticum und Exitus nach einigen Stunden nach nur 4tägiger Krankheitsdauer. — D. in diesem Alter äusserst selten, dann aber meist tödtlicher Ausgang nach kurzer Krankheit die Regel. Aetiologisch Erblichkeit am wichtigsten, ausserdem kommen noch Traumen am Kopf oder Unterleib, Reconvalescentz von Infektionskrankheiten (Typhus, Dysenterie, Morbilli) in Betracht, was alles hier nicht eintraf. Der Fall lehrt jedenfalls, dass man in allen krankhaften Zuständen, aus denen man diagnostisch nichts Rechtes zu machen weiss, die mit mehr oder weniger unbestimmten Symptomen einhergehen, die Harnuntersuchung niemals zu verabsäumen hat!

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 18.)

- Dr. Karl Grube (Neuenahr) theilt **Beobachtungen über die Bedeutung des Kalkes bei D.** mit, die er während des letzten Winters zu machen Gelegenheit hatte, und zwar im Anschluss an einen sehr schweren Fall eines 25jährigen Kranken, der ihm von Pavy (London) zugeschickt worden war; letzterer sprach den Fall für hoffnungslos aus, und auch Grube konnte keine dauernde Besserung erzielen. Der hochgradig abgemagerte Pat. wurde entlassen und Autor glaubte nicht, dass er den Winter überstehen würde. Nach einigen Monaten erhielt er einen Brief, worin ihm jener Pat. mittheilte, er befinde sich sehr wohl, nehme an Gewicht zu, mache alle Vergnügungen mit u. s. w. Der mitgesandte Harn enthielt trotzdem 3,1% Zucker, ausserdem war Aceton vorhanden. Pat. stellte sich vor; er hatte in der That um 12 Pfund zugenom-

men, er sah kräftig und vollkommen wohl aus. Diese erfreuliche Veränderung schob er darauf, dass er seit 2 Monaten täglich einen gehäuften Theelöffel gepulverter Eierschalen ass auf Anrathen eines Arbeiters, der auch an schwerem D. gelitten, trotz Hospitalbehandlung nicht gebessert worden sei, sich aber dann durch die Eierschalen wieder selbst arbeitsfähig gemacht hätte. Pat. blieb 14 Tage in Beobachtung, seine Eierschalen weiter verzehrend. Sein Allgemeinbefinden war dauernd gut, er war leistungsfähig wie ein Gesunder, nahm an Gewicht zu, trotzdem stets 2—3 % Zucker, ebenso Aceton, zuweilen auch Diacetsäure im Harn, ferner vermehrte Kalkausscheidung. Pat. bekam dann einen heftigen gastrischen Anfall mit Erbrechen, Diarrhöe u. s. w., der ihn sehr zurückbrachte. Pat. musste den Genuss der Eierschalen aussetzen, bis jene Erscheinungen verschwunden waren; darauf bekam er statt der Schalen ein Pulver, das den kohlen- und phosphorsauren Kalk in etwa demselben Verhältniss enthielt, wie die Eierschalen (100 Theile davon = 93 Th. kohlensaurer Kalk und 7 Th. phosphorsaurer Kalk und phosphorsaure Magnesia). Davon täglich 4 gr. Pat. erholte sich wieder und ist bis jetzt bei andauernd bedeutender Zuckerausscheidung wohl. — Es wird nun bei schwerem D. nicht allein eine vermehrte Menge Kalk ausgeschieden, sondern der Diabetiker führt auch in seiner Nahrung im Vergleich zum Gesunden geringere Mengen zu: Fleisch, seine Hauptnahrung ist arm an Kalk, reicher daran sind Mehl und Kartoffeln, noch mehr die Leguminosen, am meisten die Milch. Ist es nun denkbar, dass der Verlust an Kalk für den Organismus direct schädliche, d. h. schwächende Wirkungen habe? Das erscheint wahrscheinlich nach jenen Fällen, und wenn man an den Zustand der Kranken denkt, die an Affectionen leiden, welche mit Verlust resp. mangelnder Zufuhr von Kalk einhergehen, Osteomalacie und Rhachitis, die ja fast mit allgemeiner Debilität des Organismus einhergehen. — Autor behandelte noch 2 schwere Fälle von D. mit jenem Pulver (täglich 4 gr einer Combination von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk 3,5 + 0,5 gr). Auch hier recht befriedigende Erfolge! Es sind ja allerdings nur sehr wenige Beobachtungen, auch ist ja hier ein Mittel gegen D. nicht gegeben, da ja die Zuckerausscheidung nicht be-

einflusst wird; immerhin ermuthigen die Beobachtungen zu weiteren Versuchen: gelingt es, den Bestand lebenswichtiger Stoffe, zu denen der Kalk zweifellos gehört, zu vertheidigen, so mag auch die Möglichkeit gegeben sein, das Ende hinauszuschieben, ja für den Kranken eine Zeit lang einen erträglichen Zustand zu sichern! — Es sei noch darauf hingewiesen, dass beim Hungernden ebenfalls die Ausscheidung gesteigerter Mengen von Kalk beobachtet wurde; der Diabetiker gleicht doch aber in vielen Beziehungen dem Hungernden. Ferner findet bei Osteomalacie gesteigerte Kalkausscheidung statt; durch eine Störung der Spaltungs- und Oxydationsvorgänge wird Verminderung der Alkalescenz des Blutes herbeigeführt und dadurch Lösung der Kalkverbindungen herbeigeführt. Auch bei D. wurde verschiedentlich Verminderung der Alkalescenz des Blutes beobachtet. Die Analogieen zwischen Osteomalacie und D. sind schon anderen Autoren aufgefallen, auch dass die eine Affection in die andere übergehen kann. Der erste Patient Grube's klagte schon in früher Zeit neben Wadenkrämpfen auch über Schmerzen in den Schienbeinen und Hoden. Wäre es nicht möglich, dass dieselben mit der gesteigerten Kalkausscheidung in Zusammenhang ständen? Knochenschmerzen sind ja bei Osteomalacie eines der Anfangssymptome! (Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 21.)

**Furunkel.** R. Antonewitsch benützt Carbolsäure in Substanz zur Aetzung der F. und hat damit an einem grossen Material eines Militärlazareths sehr befriedigende Erfolge erzielt. Einige Carbolsäurekrystalle werden bis zum Schmelzen erhitzt, ein Tropfen davon wird auf den Sondenknopf gebracht und damit der in Entwicklung begriffene Heerd leicht bestrichen (reibende Bewegung). Das Gefühl des Brennens verschwindet einige Minuten nach der Aetzung. Meistentheils schon am anderen Tage Schmerzhaftigkeit bei Druck verschwunden, der F. kommt gar nicht zur Ausbildung, sobald der F. erst 24—48 Stunden bestand; wendet man die Carbolätzung später an, so kann man zwar die Ausbildung nicht hemmen, jedoch wird die Eiterung unter dem Schorf dann ganz schmerzlos.

(Wojenno-medicinski Shurnal, Januar 1895. —  
Litteraturbeilage zur St. Petersburger medic. Wochenschrift 1895 No. 13.)

**Ganglion.** Ein einfaches Verfahren, die **Injection einiger Tropfen Tinct. Jodi** in die Synovialcyste, empfiehlt Prof. Duplay: Man injicirt mittelst einer Pravaz'schen Spritze unter sanftem Druck 5—6 Tropfen in den Synovialsack und stellt das Gelenk durch einen leichten Compressionsverband ruhig. Heilung gewöhnlich nach 5—6 Tagen. Bei umfangreichen Cysten manchmal 2. Injection nöthig!

(Arch. méd. Belges, Januar 1895. —  
Wiener medic. Presse 1895 No. 13.)

**Influenza.** Dr. A. Gruss stellt einen **sehr interessanten Fall multipler Thrombose nach I.** vor, für den sich in der Litteratur kein Analogon fand. 41jähriger Patient erkrankte am 23./11. 94 an I., zu der sich eine linksseitige Pleuritis exsudativa hinzugesellte. Am Ende der 1. Krankheitswoche unter enormer Steigerung der Schmerzen Entwicklung einer harten, gegen Berührung ausserordentlich schmerzhaften Geschwulst unter dem linken Rippenbogen; rapide Grössenzunahme derselben in den nächsten Wochen. Diagnose: Milztumor. Aetiology unbekannt. Im Harn Spuren von Eiweiss. Blutuntersuchung resultatlos. Bis 17./12. Zunahme des Milztumors und mässige Leberschwellung. Mit Ausnahme der ersten Tage der Erkrankung kein Fieber. Anfangs Januar 1895 solche Besserung des subjectiven Befindens, dass Patient mit etwas verkleinertem Milztumor bei vorzüglichem Appetit am 5./1. das Bett verlassen konnte. Plötzlich am 9./1. Thrombose der Vena cephalica sinistra mit Schwellung des Oberarms und des Halses. Jetzt auch Milztumor erklärlich: Thrombose der Vena lienalis! Wenige Tage später Tumor des linken Schilddrüsenantheils zu constatiren: Thrombose der Vena thyreoidea. Dann Thrombosen der Rachenvenen; jetzt noch Gefässe der Mundschleimhaut derartig injicirt, dass dieselbe besonders unter der Zunge das Bild eines Injectionspräparates darbietet. Am 5./2. Purpura, von 3 zu 3 Tagen Nachschübe zeigend. Wieder Harnuntersuchung; dabei  $\frac{1}{2}$  ‰ Eiweiss und rothe Blutkörperchen gefunden; da sonst keinerlei Anhaltspuncte für Nephritis bestehen, musste es sich wohl um Thrombose in der Niere handeln, ebenso wie der Purpura thrombotische Processe in kleinsten Venen zu Grunde liegen mussten.

Also wir haben einen Fall vor uns, wo, durch I. angeregt, Thrombosen erst in den grösseren, dann in kleineren und schliesslich in kleinsten Venen auftreten.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 3. Mai 1895. — Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 19.)

- Dr. G. Leiser (Stolp) beobachtete einen **Fall von Psychose nach I.** Der 24jährige Patient bekam einen Anfall von I., der aber nach 2 Tagen bereits soweit gehoben war, dass Patient das Bett verlassen konnte. 2 Tage darauf, als er seinen Dienst wieder antreten wollte, entwickelte sich die Psychose, welche den Charakter eines acuten Deliriums (Patient ist nicht Potator) zeigte und nach einigen Tagen vollkommener Euphorie Platz machte. 2 Monate vorher hatte Patient durch einen Fall eine leichte, nach einigen Tagen glücklich ablaufende Commotio cerebri erlitten. Trotz dieser Zeitdifferenz ist vielleicht doch das Gehirn noch durch das Trauma so irritirt und für eine Schädigung empfänglich geblieben, dass sich nach Eintritt der I., im Stadium der Reconvalescenz derselben, die Psychose entwickelte.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 20.)

- Die **Hautaffectionen bei und nach J.** bespricht H. Leloir: Hautkrankheiten im Verlauf oder in der Reconvalescenz der I. sind sehr häufig. Abgesehen von rubeoliformen, scarlatiniformen, purpuraähnlichen, polymorphen Erythemen und Herpesformen treten besonders Hauteiterungen, wie Furunkel, Carbunkel, Erythemapusteln sehr oft, besonders in der Reconvalescenz von I. auf bei Personen, die früher nie daran gelitten haben. Meist handelt es sich bei dieser „Pyodermitis“ um Folliculitis suppurativa, Furunculosis, Carbunkel, seltener um Ekthyma oder Impetigo; auch Lymphangitis kommt vor. Eine grosse Anzahl dieser Fälle zählt Autor zur „Pyodermitis infolge äusserer Impfung“, wobei die Impfung durch Schwächung des Patienten durch die I. begünstigt wird. Hierher gehört die Folliculitis suppurativa der Oberlippe, indem sich Eitererreger, die in dem Schleim der Coryza enthalten sind, hier einnisten; ebenso kommen Folliculitis, Furunculosis, Pusteln des Gesichts wohl zu Stande; auch manch Panaritium gehört hierher, indem Eitererreger

der Coryza in Excoriationen der Fingerhaut eindringen. Doch es ist sicher auch oft eine „Pyodermitis par élimination“, „Pyodermitis endogène“ im Spiel: im Blut der Influenzakranken kreisende pyogene Mikroben werden durch die Haut ausgeschieden, wo sie sich einen Ausweg aus dem Körper suchen. Dafür spricht, dass diese Pyodermitis mit Vorliebe jene Stellen heimsucht, die Reichtum an grossen Drüsen haben (Gesicht, Nacken, Achselhöhlen, Gesäss, Perineum, Genitocruralgegend). Die Impfdermatitis tritt natürlich zur Zeit der I. auf, die endogene in der Reconvalescenz. Auch Akne ist häufig im Verlaufe der I. Es handelt sich meist um Leute, die Prädisposition für das Leiden besitzen, auffallend aber ist immer die Plötzlichkeit und Heftigkeit eines solchen Akneausbruches, der meist, nachdem das Fieber schon seit einigen Tagen geschwunden ist, eintritt. Endlich hat Autor auch beobachtet, wie sich oft ein geringer Grad von Seborrhöe des Gesichts und der behaarten Kopfhaut im Verlauf der I. bedeutend verstärkte. Jedenfalls handelte es sich hierbei auch um toxische Ausschläge. Dementsprechend hat Autor in diesen Fällen von den Abführmitteln, und zwar in erster Linie von Calomel, ferner von der Desinfection des Darmes mittelst des Benzo-Naphthols, der Magnes. salicyl. und Ichthyol gute Wirkung gesehen. Man muss auf jede Weise die Entfernung der giftigen Stoffe aus dem Körper anstreben und mit den Abführmitteln und Desinficientien die gallen-, harn- und schweisstreibenden Mittel verbinden: trockene Dampfbäder mit nachfolgender Massage oft recht nützlich. Bei einzelnen Patienten hat Autor im Verlauf der I. eine bisweilen leicht schmerzhaftes Anschwellung verschiedener Drüsengruppen beobachtet (Nacken-Achsel-Leistendrüsen); auch zuweilen Milzschwellung. Hier, bei sich langziehender Reconvalescenz, Tonica, Luftwechsel, Körperübungen indicirt, ausserdem kleine Dosen Chinin längere Zeit hindurch; die gute Wirkung des Chinins bei der Behandlung der I. ist gar nicht genug hervorzuheben, es eignet sich sowohl im Beginn und auf der Höhe der Krankheit, wie auch zur Nachbehandlung. Auch eine sorgfältige Antisepsis der Haut ist nothwendig. Sehr zu empfehlen sind zu diesem Zwecke Waschungen der Haut mit Watte, die mit einer alkoholigen Lösung

von Salol oder mit einer weinigen Lösung von Resorcin getränkt sind. Im Uebrigen Behandlung der Pyodermitis wie gewöhnlich. Bei Beobachtung dieser Vorsichtsmassregeln wird man häufig dem Influenzakranken Hautcomplicationen ersparen, die manchmal ernster Natur, meist aber schmerzhaft und lästig sind, und wird vielmehr eine rasche Genesung herbeiführen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1895 Bd. XX No. 10.)

### **Intoxicationen.** Privatdoc. Dr. Ziegler (München, chirurg.

Klinik) beschreibt folgenden Fall von **Argyrie**: 52jährige Patientin, seit 15 Jahren an ausgedehnten varikösen Fussgeschwüren leidend, wurde vor 5 Jahren ca. 5 Monate lang auf der Abtheilung des Prof. v. Nussbaum behandelt, wo die Geschwüre, da eine radicale Behandlung nicht gestattet wurde, häufig mit Argent. nitric.-Stiften geätzt wurden. Seit 2 Jahren wird die Kranke von ihren Bekannten wegen ihres eigenthümlichen Teints angesprochen; in den letzten Jahren hatten nie mehr Aetzungen mit Lapis stattgefunden. Jetzt folgender Status: Gesicht von eigenthümlich lividem, schmutzigräulichem Colorit, besonders um die Lippen und Lider, Ohrmuscheln ganz dunkelgrau, Schleimhaut des Mundes durch einzelne grauschwarze streifige Einsprengungen fleckig, besonders die Unterlippe und die Unterfläche der Zunge, die Streifen ziehen entlang den grösseren Gefässen; der Schleimhautsaum an den Zähnen zeigt so starken, grauschwarzen Fuligo, wie man ihn sonst nur bei schweren chronischen Bleivergiftungen findet. Conjunctivae leicht grau verfärbt, an der Conj. bulbi ähnliche Einsprengungen, wie an der Mundschleimhaut. Sehr charakteristisch das graue, röthlich schimmernde Haar. Die von den Kleidern bedeckten Körpertheile nur wenig und gleichmässig pigmentirt, viel stärker die Hände, und am meisten die Nägel. Seit einiger Zeit Klagen über Sehschwäche; der ophthalmoskopische Befund aber negativ. — Die Ursache der A. hier sehr interessant. Weitaus die meisten Argyrieen sind Gewerbekrankheiten und Folge lange dauernder Medication von Argent. nitric., einzelne Fälle sind durch oftmaliges Gurgeln oder Bepinselungen des Rachens in grosser Ausdehnung mit Silberlösungen entstanden. Durch äussere locale Anwendung entsteht eine universelle A. jedenfalls nur selten, während



eine partielle A., eine graue Pigmentirung am Orte der Application manchmal vorkommt (z. B. durch Umschläge von schwachen Silberlösungen über das Auge Pigmentirung der Lider); dass A. durch locale Aetzungen mit Lapis sich ausbilden kann, war bisher nicht bekannt.

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 17.)

- **Fall von chronischer Belladonna-Vergiftung**, beobachtet von Landgerichtsarzt Dr. Müller (München): Eine Bergmannsfrau brachte ihrem Manne ungefähr 11 Monate lang einen Absud von Tollkirschenwurzel meist im Kaffee bei, in der ersten Zeit 1—2 Mal in der Woche, später alle 4—5 Wochen, zuletzt noch seltener, gegen angeblichen Jähzorn ihm je  $\frac{1}{2}$  Esslöffel von einem Absud gebend, den sie herstellte, indem sie eine Wurzel mit  $\frac{1}{2}$  Liter Wasser kochte ( $\frac{1}{2}$  Esslöffel davon = 0,00125 Atropin). Patient vom Beginn der Giftwirkung an apathisch; er konnte kleinere Gegenstände (Geldstücke, Fingernägel) in der Nähe nicht mehr unterscheiden; ausserdem Lichtscheu, Trockenheit im Munde, Schlingbeschwerden (manchmal glaubte er, an dem kleinsten Bröckchen zu ersticken, wenn er nicht Flüssigkeit zum Nachtrinken hatte; ausspucken konnte er zeitweilig gar nicht), Durst, Hitzegefühl, Röthe des Gesichts, Diarrhoë, Schmerzen beim Harnlassen, Zornwuth, Verwirrtheit mit Andeutung von Hallucinationen. Nach 14tägigem Aufenthalt im Lazareth fast völliges Wohlbefinden (aus Zufall trank eine Magd und ein Kind von der vergifteten Portion; die erstere verfiel nach einem mehrstündigen ängstlich-benommenen Vorstadium in heiter-hallucinatorische Verwirrtheit, 10 Stunden lang, das Kind benahm sich ähnlich; alle 3 mit sehr weiten Pupillen gefunden). Es handelte sich für die Sachverständigen hauptsächlich um die Frage, ob die gereichten Belladonnagaben geeignet waren, die Gesundheit zu „zerstören“. Das Gutachten deducirte, dass zunächst die Frau wahrscheinlich stärkere Dosen gegeben, resp. Absude hergestellt habe, als sie zugestand; denn von 0,00125 entstehen zwar schon einzelne Vergiftungserscheinungen, aber noch keine Geistesverwirrung und Sinnes-täuschungen. Sodann sei bei der fortgesetzten Darreichung eine cumulative Wirkung des Giftes nicht ausgeschlossen. (Diese habe er in einem anderen Falle

gesehen). Andererseits müsse er allerdings zugestehen, dass z. B. bei Kindern, welche mit langsam und sehr regelmässig steigenden Gaben des Mittels behandelt wurden, eine Angewöhnung eintrete. Hier wurde, abgesehen von der wirklichen Cumulation, die Wirkung des Giftes dadurch erhöht, dass der Betreffende durch die häufige Einzeleinwirkung des Giftes körperlich siech geworden war. — Die Thäterin wurde darnach aus § 229 R. Str. G. verurtheilt.

(Friedreich's Blätter, März/April 1895.)

- Schede berichtet über folgenden Fall von **Cocainvergiftung**: 20jähriger Mann mit Harnröhenstrictur erhielt 2 gr einer 10% Cocainlösung (= 0,2 Cocain) in die Urethra gespritzt. Wenige Minuten darauf Cyanose des Gesichts, weite Pupillen, tiefes Coma. Künstliche Athmung, dann Ausspülung der Harnröhre und Blase. Nach 5 Minuten Trismus- und Tetanusähnliche Krämpfe. Nun folgten Krämpfe und Ruhepausen abwechselnd; während des Krampfes Puls klein, Athmung aussetzend. Aether- und Campherinjectionen, Inhalationen von Amylnitrit erfolglos. Sauerstoffinhalation und Fortsetzung der künstlichen Athmung. 25 Minuten nach Beginn der Vergiftung Cheyne-Stokes'sches Athmen. Venaesection ohne Erfolg. Wieder O.-Inhalation und künstliche Athmung; zum 1. Mal etwas Reaction der Pupillen. Jetzt Kochsalzinfusion (intravenös) von 650 gr, die günstig wirkte. 2 Stunden nach Beginn der Symptome erste spontane Urinentleerung,  $\frac{1}{4}$  Stunde später erste Reaction auf Anrufen und Wiederkehr des Bewusstseins, das aber erst 1 Stunde darauf wieder völlig vorhanden war. Eine zurückbleibende geringe rechtsseitige Facialisparese schwand am nächsten Tage. — Manche Menschen besitzen eine Idiosynkrasie gegen Cocain; daher dessen Gefährlichkeit. Bis 1891 schon 13 tödtliche I. bekannt, darunter 2 ebenfalls bei Injectionen in die Harnröhre (einmal schon 8 Tropfen einer 4% Lösung, also 0,02 Cocain letal wirkend). Um I. möglichst zu vermeiden, benütze man für subcutane Injectionen höchstens 1—2% oder (nach Schleich) noch dünnere Lösungen, warte mit der 2. Injection einige Zeit und befolge, wo möglich, den Rath Kummer's, nur bei künstlicher Blutleere

zu injiciren. Beachtenswerth erscheint auch der Vorschlag Gauchier's, welcher der Cocainlösung Nitroglycerin als eine Art Antagonist des Cocains zusetzt und verordnet:

**Rp.**

*Cocain mur. 0,2*

*Aq. dest. 10,0*

*Sol. Nitrolycerin (1%) gtt. X.*

Jede Pravaz'sche Spritze enthält 0,02 Cocain und 1 Tropfen Nitroglycerinlösung (Gauchier hat nach dieser Lösung, die er seit 2 Jahren in Gebrauch hat und trotzdem er bis zu 0,12 Cocain einspritzte, niemals I. erlebt). Gegen die I. selbst hilft in leichten Fällen Amylnitrit, gegen schwere Formen möchte Autor O.-Inhalationen, Venae-sectio und Kochsalzinfusionen anrathen. — Pluder sah I. nach Cocain noch Stunden lang nach der Application auftreten; Schede bestätigt dies, selbst Tags nach der Anwendung können solche Erscheinungen noch sich zeigen.

(Aerztl. Verein in Hamburg, 23. April 1895. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 19.)

**Neuralgien.** Prof. Anders (Philadelphia) hat eine rasche Heilwirkung des **Guajakol** bei **Ischias** gesehen, wenn er dasselbe in Form von subcutanen Injectionen (2 Tropfen Guajakol auf 10 Tropfen Chloroform) in die Nähe des erkrankten Nerven applicirte. Ein Patient z. B. wurde durch 2 Injectionen innerhalb 36 Stunden vollkommen geheilt. In einem Falle von **Supraorbital-Neuralgie** trat nach 3 solchen Injectionen in der Gegend des Austrittes des Nerven vollständige Heilung ein. — Auch intern benützte Autor erfolgreich das Guajakol, und zwar bei 5 Fällen von **Gastralgie**, wo er verordnete:

**Rp.**

*Guajakol.*

*Glycerin pur. aa 5,0*

*Aq. Menth. pip. 100,0.*

M. D. S. 4 stündl. 1 Kaffeelöffel voll  
bis zum Schwinden des Schmerzes.

(La sem. méd. 1895 No. 17. —  
Wiener medic. Presse 1895 No. 16.)

- Krause (Altona) hat mehrere Fälle von schwerer **Trigeminus-neuralgie** durch Exstirpation des Ganglion Gasseri geheilt und bis jetzt kein Recidiv gesehen; vom II. und III. Ast des Nerven wurde jedesmal ein grosses Stück mitgenommen. Autor ist bei diesen Operationen zu der Ueberzeugung gelangt, dass der Trigeminus der Geschmacksnerv für die Spitze und die Seitenränder der Zunge ist.

(Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin. — Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 19.)

- Delorme wendet bei **peripheren N.**, die im Anschluss an ein Trauma, besonders Wunden, sich entwickeln, ein sehr einfaches Verfahren an, das sich ihm bisher in 8 Fällen sehr gut bewährte: eine **kurz dauernde, sehr starke Compression der befallenen Parthieen**. Am Finger z. B., wo diese N. ja sehr häufig ihren Sitz haben, geht man folgendermaassen vor: Man bestimmt zunächst die Ausdehnung der hyperästhetischen Zone. Während Vorderarm und Hand gut fixirt werden, fasst man den betreffenden Finger zwischen seinen beiden Daumen und Zeigefingern in der Gegend der Narbe und drückt diese Parthie mit aller Kraft zusammen, und zwar mit der schmerzhaftesten Stelle beginnend und nach und nach die ganze hyperästhetische Zone durchgehend. Dauer jeder Compression nur einige Sekunden. Ist der Schmerz darnach nicht weg, Wiederholung nach einigen Minuten. Meist einmalige Sitzung genügend zur dauernden Beseitigung der N., selten Wiederholung nach 4—6 Tagen nothwendig. Der behandelte Finger wird 8 Tage lang in einem comprimirenden Watteverband getragen.

(Gaz. des hôpitaux 1895 No. 1. — Centralblatt für Chirurgie 1895 No. 19.)

**Pityriasis versicolor.** Herr College G. v. Borowicz (Kossak in Curland) macht uns folgende Mittheilung\*): „Meine Frau litt seit mehreren Jahren an ziemlich ausgebreiteter P. an Rücken, Brust und Oberarmen. Regelmässige Seifen-

---

\*) Derartige Original-Mittheilungen nehmen wir, da sie aus dem Rahmen unseres Programms herausfallen, nur ganz ausnahmsweise auf, und auch nur dann, wenn sie einen sehr geringen Umfang haben und aus der Praxis geschöpft sind. Honorar kann nicht gewährt werden! **Die Redaction.**

waschungen, energisch fortgesetzte Bepinselung der Plaques mit Jodtinctur, Abreibung derselben mit Ol. Terebinth. mit Carbol brachten nur sehr vorübergehenden Nutzen. Dreimalige Anwendung des folgenden, einfachen Verfahrens hat meine Frau seit mehreren Monaten von diesem, zwar an sich unbedeutenden, aber doch lästigen Leiden vollständig befreit. Nach einer energischen Seifenwaschung und erfolgter Abtrocknung der Haut wurde sie mit einem Lappen, der in eine möglichst concentrirte Lösung von Natr. biboracic. und Alum. crud. getaucht war, 2 Mal wöchentlich gründlich abgerieben. Diese Lösung wurde hergestellt, indem eine Arzneiflasche von ca. 180 gr zur Hälfte mit Natr. biboracic. und Alum. crud. pulv. aã und zur anderen Hälfte mit Aqua cocta gefüllt wurde; die nach Umschütteln sich oben absethende klare Lösung wurde zu den Abreibungen benützt. — Gleichen Nutzen brachte mir auch das angegebene Verfahren neulich in 2 bisher recht hartnäckigen Fällen in meiner Praxis.“

**Prolapsus recti.** W. Idziński beobachtete einen Fall von P. bedingt durch einen Blasenstein: 5jähriger, sonst gesunder Knabe mit P., der seit Jahresfrist bestand; derselbe liess sich zwar leicht reponiren, fiel aber sofort wieder vor. Ausserdem heftiger und schmerzhafter Harn- und Stuhl-drang. Untersuchung mit Katheter ergab negatives Resultat, dagegen wurde bei bimanueller Untersuchung durch Bauchdecken und Mastdarm in der Blase hoch oben ein walnussgrosser Stein gefühlt. Hoher Blasen-schnitt, Extraction. Complete Heilung des P.

(Przegląd lekarski 1895 No. 5. —  
Centralblatt für Chirurgie 1895 No. 16.)

**Prostatahypertrophie.** Reinert (Tübingen) hat Verkleinerung der P. nach Darreichung frischer Thierprostate gesehen und empfiehlt die Medication zur weiteren Prüfung.

(XIII. Congress für innere Medicin in München 1895. —  
Wiener medic. Presse 1895 No. 17.)

— Dr. Welsch (Augsburg) hat mit Prostatapastillen (von der kgl. sächs. Hofapotheke in Dresden) ebenfalls aufmunternde Erfolge erzielt. Er gab täglich 1—2 Stück Pastillen, deren jede 0,3 Substanz der Bullenprostate enthielt.

(Aerztliche Rundschau 1895 No. 17.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Dr. O. A.

Resnikow (Elisabethgrad) beobachtete einen Fall von 4jähriger Retention in utero eines Skelettes der im 7. Monate der Schwangerschaft abgestorbenen Frucht, eine colossale Seltenheit. Die vor 4 Jahren durch eine fieberhafte Erkrankung (Abdominaltyphus?) abgestorbene Frucht hatte sich macerirt und war in Fäulniss gerathen; die weichen Theile und einige kleine Knöchelchen hatten sich abgestossen, das ganze übrige Skelett war aber im Uterus liegen geblieben. Die Menses waren die ganze Zeit über nicht gekommen, Abfluss von Eiter und ab und zu Abgang kleiner Knöchelchen, wiederholte Schüttelfröste, Abnahme der Kräfte charakterisirten das Krankheitsbild. Bei der stark heruntergekommenen, sehr anämischen Frau wird in abdomine ein Tumor gefühlt, dessen obere Grenze 4—5 Finger über der Symphyse liegt. Fasst man diesen Tumor, der nichts anderes als der vergrößerte Uterus ist, bei der bimanuellen Untersuchung zwischen beide Hände und drückt etwas, so hört man ein Krachen, wie bei Hautemphysem; solches Krachen hört man auch, wenn der Uterus nur von aussen gedrückt wird. Aus dem Uterus fliesst ungeheuer intensiv riechender Eiter. Durch die Sonde constatirt man Anwesenheit von Knochen. Erweiterung mit Hegar'schen Dilatatoren, Jodoformgaze und Laminarien. Binnen 3 Tagen Portio mehr als für einen Finger durchgängig. Jetzt gelingt es, alle Knochen des Skeletts mit Ausnahme einiger Knöchelchen zu entfernen; kein einziger, der vollständig ganz war, einige waren in die vordere Uteruswand fest eingewachsen, sodass sie abgerissen werden mussten. Nachher Eisblase, Ruhe, Durchspülungen des Uterus mit 2 % Carbollösung. Heilung.

(Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 9.)

- Albers-Schönberg beobachtete folgenden Fall von Compression der Trachea in Folge von Schilddrüsenschwellung in der Gravidität: 35jährige IV para, im 8. Monat schwanger, am 5./II. wegen Eklampsie der geburtshilf. Klinik überwiesen. Am Abend des 4./II. soll ein eklamptischer Anfall und im Anschluss daran 1 Stunde Bewusstlosigkeit stattgefunden haben. Patientin jetzt klar, daher Anamnese möglich. Mutter hatte eine Struma, sie selbst bemerkte eine solche seit ihrer Kindheit, jedoch früher

nie Beschwerden, auch nicht bei den Schwangerschaften, ausser geringer Schwellung. Auch jetzt Wohlbefinden bis vor 8 Tagen, wo häufig Rücken- und Magenschmerzen auftraten, welche letztere sich bald erheblich steigerten und mit Erbrechen nach jeder Mahlzeit seit dem 21./I. complicirt waren; gleichzeitig allgemeiner Icterus und Trübung, sowie rothbraune Färbung des Urins. Bei der Aufnahme folgender Status: Relativ guter Ernährungs- und Kräftezustand. Temperatur 37,6, Puls 100, regelmässig, gleichmässig, klein. Respiration frei. Unterschenkel leicht ödematös. Stark ausgeprägter allgemeiner Icterus. Auf der Haut des Halses in der Claviculargegend, ferner stellenweise auf der Haut des Abdomens kleine punktförmige Ekchymosen. Am Halse kinderfaustgrosse Struma, verschieblich, weich. Keine Drüsenanschwellungen. Respirations- und Circulationsorgane normal. Leber den Rippenbogen etwas überragend, unterer Rand gut palpirbar, scharfrandig, glatt; obere Grenze in der Parasternallinie der 5., in der Mammillarlinie der 6., in der Axillarlinie der 7. Rippe entsprechend. Bei Druck auf Gallenblase keine Schmerzen, solche dagegen bei mässigem Druck auf der Magengegend. Keine Milzvergrösserung. Herztöne hörbar. Urin von tief schwarzgrüner Färbung, ganz undurchsichtig, 10 ‰ Albumen, starke Gallenfarbstoffreaction, im Sediment zahlreiche Leukocyten und rothe Blutkörperchen, reichlich hyaline und granulirte, icteric gefärbte Cylinder. Abends 6 Uhr Einleitung der Frühgeburt, die 1 Uhr Nachts eintrat. Nächsten Vormittag völliges Wohlbefinden. 2 Uhr Nachmittags heftiger Suffocationsanfall mit inspiratorischem Stridor, Einziehungen, Beängstigungen und Jactationen, der aber spontan aufhörte. Diagnose: acutes Glottisödem in Folge von Nierenaffection. Abends 7<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr Wiederholung des Anfalles, bedeutend heftiger; wegen zunehmender Cyanose Tracheotomia superior in Bromäthylnarkose. Trachea säbelscheidenartig, ganz nach links verschoben. Die Canüle wurde schnell eingelegt, doch hörte die Athemnoth erst auf, als jene tief unter die Struma geschoben wurde: jetzt war klar, dass das Respirationshinderniss nicht durch Glottisödem, sondern durch directe Compression der Luftröhre in Folge der plötzlich geschwellenen Struma zu Stande gekommen war. Schnelle Besserung, Athmung wurde wieder frei. 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Uhr

Morgens aber wieder schwerer Anfall, der unter Tieflagerung des Kopfes das Wechseln und Einlegen einer längeren Canüle erforderte. Hierbei wurde Patientin vollkommen cyanotisch, die Athmung setzte aus, Pupillen waren weit; durch künstliche Athmung Besserung. Von nun an keine Anfälle mehr. Durch Spray wurde die Expectorations erleichtert und durch Tieflagerung des Kopfes die Athmung frei gehalten. Zog sich mal die Canüle etwas herauf, so konnte die fast unmittelbar erfolgende Dyspnoë durch Tieferdrücken der ersteren sofort gehoben werden. Ernährung ausschliesslich durch Milch. Schon am 1. Tage nach der Entbindung Urin besser, statt grünschwarz mehr röthlich, reichlicher, Eiweiss  $8\text{‰}$ , am 8./II. nur  $2\text{‰}$ , am 10./II. nur  $1\text{‰}$ ; gleichzeitig constante Besserung des Icterus, sodass am 10./II. nur noch die Conjunctiven leicht verfärbt waren, und Besserung des Allgemeinbefindens. Bald trat auch, ohne dass eine Therapie eingeleitet wurde, eine Verkleinerung der Struma ein, und letztere schwoll nach und nach so vollkommen ab, dass selbst bei genauer Palpation nichts mehr von ihr zu fühlen war. Aber bisher (bis 19./III.) war es nicht möglich, die Canüle zu entfernen, da die Kranke nur kurze Zeit ohne dieselbe zu athmen im Stande war (Usur von Trachealknorpeln oder Granulationsbildung?); sonst Allgemeinbefinden (19./III.) vorzüglich, kein Albumen. — Wie ist nun der Fall zu erklären? Der erste Anfall vor der Aufnahme konnte ein eklamptischer sein, aber auch ein ähnlicher Erstickungsanfall, wie die späteren (zumal später kein eklamptischer mehr auftrat). Die geringen Oedeme, der starke Eiweissgehalt des Harns und der Harnbefund sprachen für heftige hämorrhagische Nierenerkrankung. Woher aber der Icterus? Bei katarrhalischem Icterus stets Puls verlangsamt, hier Puls 100! Mehr sprach für die bei Schwangeren vielfach beobachtete acute gelbe Leberatrophie (die leichten prodromalen Magendarmsymptome, der sich alsbald einstellende Icterus, die epileptiformen Anfälle, die später bis 140 sich steigende Pulsfrequenz bei normaler Temperatur, die petechialen Hautblutungen); aber hier fehlten doch die Verkleinerung der Leber, der Milztumor, der bei dieser Affection meist spontan eintretende Abortus; später das Ausbleiben schwerer Erscheinungen, besonders von Gehirnsymptomen dagegen-



sprechend! Engel-Reimers beschrieb eine Hypertrophie der Schilddrüse in der Frühperiode der Syphilis, wo auch oft Icterus auftritt; aber hier sonst keine Anzeichen von Lues, auch beim Kinde nicht! Am meisten wahrscheinlich die Annahme, dass es sich doch um eine ausserhalb der Klinik abgelaufene Eklampsie handelte, und zwar um eine mit Icterus complicirte, einer von Schmorl beschriebenen Form. Die Compression der Trachea ferner war nur eine von jener Affection unabhängige, und zwar durch übermässige Turgeszenz der an sich physiologischen Thyreoideaschwellung entstandene. Nach Freund ist ja bewiesen das Auftreten einer physiologischerweise auftretenden Thyreoideaschwellung bei gewissen Phasen des weiblichen Geschlechtslebens (Pubertätsentwicklung, Menstruation, Gravidität, Geburt, Lactation, senile Involution); Veranlassung zu dieser Schwellung: der grössere Blutandrang und die Stauung im Venensystem zu dieser Zeit der Gravidität.

(Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig, 18. Februar 1895. —  
Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 17.)

- Für die ausschliessliche äussere geburtshülfliche Untersuchung ist seit langem Leopold warm eingetreten, und er hat dieselbe weiter auszubilden sich bestrebt. Ueber seine Methode äusserte er sich folgendermaassen:

„Die Methode besteht aus 4 einzelnen Griffen, welche nur in der Wehenpause anzuwenden sind. Für die 3 ersten setzt man sich so an die Seite der zu untersuchenden Frau, dass man sein Gesicht ihr zuwendet. Sie muss ganz wagerecht liegen. Der Leib ist ganz frei oder nur mit dem Hemd bedeckt.

Beim 1. Griff werden beide Hände mit ihren Fingerspitzen aneinander geschoben, dann die Handflächen quer auf die Bauchdecken der Frau gelegt. Hierauf gleitet man sanft mit den gleichmässig aufliegenden Handflächen über die schwangere Gebärmutter hin nach oben bis zu deren Grunde und bestimmt die Lage derselben im Verhältniss zum Nabel und zur Herzgrube. Mit diesem Griffe fühlt man zugleich, ob das Kind gerade oder quer, ob im Grunde der Kopf oder Steiss liegt, wie gross das Kind ist und wie weit die Schwangerschaft der Zeit nach vorge-rückt ist.

Beim 2. Griff gleiten beide Hände lang ausgestreckt, stets mit aneinander gelegten Fingern, von der Herzgrube aus nach den Seiten des Bauches und legen sich flach auf die Längenseiten der Gebärmutter. Unter der einen Hand wird man meist die kleinen Theile, unter der anderen die grosse, lange Walze fühlen, welche dem kindlichen Rücken entspricht. Bei diesem Griff erleichtert man sich die Erkennung des kindlichen Rückens dadurch, dass man die eine Hand flach auf die Mittellinie des Bauches legt und die Gebärmutter sanft nach hinten zusammendrückt. Dadurch drängt man das Fruchtwasser nach der einen, den kindlichen Rücken nach der anderen Seite näher an die Bauchdecken der Frau hin und kann ihn nun mit der anderen Hand sehr leicht herausfühlen.

Beim 3. Griff spreizt die rechte oder linke Hand den Daumen so weit wie möglich von den übrigen aneinanderliegenden Fingern ab und umschliesst mit dem Daumen und der Spitze des Mittelfingers nahe über dem Beckeneingang den vorangehenden Kindestheil. Ist dieser hart und rund, so kann es nur der Kopf sein, der sich, wenn er noch nicht eingetreten ist, wie eine harte Kugel umgreifen und hin und her bewegen lässt. Viel weicher und unebener stellt sich der Steiss dar. Fühlt man den vorangehenden Theil bei lebendem Kinde auffallend verdeckt, undeutlich und etwas weicher wie gewöhnlich, so denke man daran, dass die Nachgeburt im unteren Gebärmutterabschnitte sitzen wird. Fehlt ein vorangehender Kindestheil, so suche man nach dem Kopfe in der Seite der Gebärmutter. Es gelingt dies fast immer dadurch, dass man mittelst der Finger der einen Hand die Gebärmutter mit kurzen Stössen sanft beklopft. Der Kopf macht hierbei kurze, springende Bewegungen. — Dieser Griff ist von hohem Werthe in allen den Fällen, wo der vorangehende Kindestheil, Kopf oder Steiss, noch im oder über dem Beckeneingang steht. Befindet er sich aber im weiteren Fortgange der Geburt schon in der Mitte oder im Ausgange des Beckens, so kommt ausserdem der 4. Griff zur Geltung.

Beim 4. Griff stellt man sich so an die Seite des Bettes, dass man dem Gesichte der Gebärenden den Rücken zuwendet. Oberhalb der Weichen dringt man mit den Fingerspitzen beider Hände langsam und sanft an den Seiten des Beckens in die Tiefe. Bei tiefstehendem Kopfe

fühlt man deutlich, dass ein harter, runder Kindestheil das Becken voll einnimmt, und man kann die mehr vorgewölbte Stirn des Kopfes in der einen Seite von dem mehr flachen Nacken in der entgegengesetzten Seite gut unterscheiden.“

Nun hat Dr. O. Beuttner (London, Frauenspital) sich bei zahlreichen Fällen überzeugt, dass die systematische Anwendung dieser Griffe in der That eine genaue geburtshülfliche Untersuchung ermöglicht. Autor möchte aber noch einen 5. Handgriff empfehlen, der den 3. und 4. Griff von Leopold wirksam ergänzt und erweitert:

„Beim 5. Handgriff legt man beide Hände so auf die Symphyse, dass die rechte Hand links, die linke Hand rechts unmittelbar neben der Linea alba zu liegen kommt. Steht nun der Kopf z. B. im Beckeneingang und gleitet man mit den untersuchenden Händen nach oben, indem man die Bauchdecken langsam nach hinten drängt, so fühlt man zuerst einen harten, runden Körper, den Kopf; dann geben die Bauchdecken plötzlich etwas nach und die untersuchenden Finger befinden sich in der „Halsrinne“ des Fötus. Dieses Phänomen des Hineingleitens in die Halsrinne ist so typisch, dass ein diagnostischer Zweifel nicht aufkommen kann. Um zu bestimmen, wie weit der Kopf in den Beckencanal eingedrungen ist, verlässt die eine Hand die Halsrinne und legt sich in der Linea alba auf die Symphyse, die andere gleitet ebenfalls nach der Mittellinie. Da wir nun wissen, dass der kindliche Schädel von der Schädelbasis zum Schädeldach ca. 10 cm beträgt, so können wir aus dem Abstand der beiden untersuchenden Hände auf den Grad des Eintretens des Kopfes schliessen. Beträgt dieser Abstand 10 cm, so ist der kindliche Schädel (mit seinem höchsten Punct) in der Beckeneingangsebene, beträgt diese Distanz nur 5 cm, so ist der Kopf zur Hälfte in's Becken eingetreten; gleiten in letzterem Falle und angenommenen 1. Schädellage die Hände wieder in die 1. Position zurück, so können wir wahrnehmen, dass die rechte Hand tiefer zu liegen kommt als die linke (erstere ist die, welche sich nach Verlassen der Halsrinne auf die Symphyse gelegt hatte); durch das Tiefertreten des Hinterhauptes beim Durchtritt durch das knöcherne Becken ist die Halsrinne aus einer beinahe horizontalen Lage in eine Schiefelage übergegangen, sie steht in der Gegend des Hinterhauptes

am tiefsten und in der Kinngegend am höchsten. Mit der Diagnosenstellung der Schiefelage der Halsrinne haben wir zugleich die Stellung der Frucht ermittelt. Bei allgemein verengtem Becken verhält sich die Sache, wenigstens in einem gewissen Geburtsabschnitt, gerade umgekehrt, die Halsrinne steht in der Gegend des Kinnes am tiefsten und in der Hinterhauptsgegend am höchsten. Auch in prognostischer Hinsicht giebt uns der 5. Griff etwelchen nicht zu unterschätzenden Aufschluss. Steht z. B. der kindliche Schädel in der Beckeneingangsebene und üben wir mit den in der Halsrinne sich befindenden Händen einen Druck auf die Schädelbasis aus, so können wir aus dem leichteren oder schwereren Tiefortreten des Kopfes auf ein ähnliches Verhalten bei der Geburt schliessen. Ein weiterer Vortheil unseres Handgriffes ist der, dass er mehr in den der Linea alba näher gelegenen Abschnitten der Abdominalwand zur Application gelangt; bekanntlich entsteht gegen das Ende der Gravidität eine Diastase der M. recti und durch diese ist eine äussere Untersuchung sowohl weniger schmerzhaft, als auch sicherer, denn durch eine Exploration durch die seitlichen Parthieen, d. h. durch die zur Seite gedrängten längsverlaufenden Muskeln. In dieser Hinsicht wird der 5. Griff den 4., über den Leopold selbst Folgendes sagt, wesentlich ergänzen: „Da der 4. Griff für empfindliche Personen etwas schmerzhaft zu sein pflegt, muss er besonders schonend und langsam ausgeführt werden, vielfach kann man bei straffen Bauchdecken das Eindrücken erleichtern, indem man die Beine anziehen lässt und dadurch die Bauchdecken wirksamer entspannt.“ Zum Schlusse präcisirt Autor seinen Standpunct dahin:

1. Die innere geburtshülfliche Untersuchung ist möglichst einzuschränken.
2. Die äussere geburtshülfliche Untersuchung muss von Aerzten und Hebeammen mehr gewürdigt, geübt und angewendet werden.
3. Eine ausreichende geburtshülfliche Untersuchung ist möglich durch 4 resp. 5 Handgriffe.
4. Eine Geburtsleitung nur durch äussere Untersuchung ist in den meisten Fällen möglich.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 10.)

- S. R. Dr. Mittenzweig, gerichtl. Stadtphysikus in Berlin, spricht über **criminellen Abort**: Die erste Frage, welche nach § 218 des Str.-G.-B. dabei an den Arzt gestellt wird, richtet sich darauf, ob die Person, an welcher das Verbrechen der Abtreibung begangen sein soll, thatsächlich schwanger gewesen ist und abortirt hat. Diese Frage lässt sich aus der Beschaffenheit desjenigen, was die Angeklagte bei dem fraglichen Abort geboren haben soll oder aus der Beschaffenheit der Angeklagten selbst beantworten. Die ersteren Dinge bekommt man selten zu sehen, man liest höchstens davon in den Protokollen. Man muss dann bestrebt sein, die Aussagen nachträglich zu ergänzen, was wirklich beweisend für die Geburt der Frucht oder Nachgeburt wirken kann (genaue Beschreibung der Frucht, besonders Angabe der Länge und der erkennbaren Körpertheile und Glieder, Grösse und Beschaffenheit des in toto abgegangenen Eies oder Beschaffenheit einzelner Nachgeburtstheile, für welche übrigens allein maassgebend das Vorhandensein von Zotten ist). Dagegen genügt zum Beweise des vollendeten Aborts nicht das Vorhandensein von Blutstücken und Blutklumpen, von Schleimgerinnseln und hautartigen Abgängen, sobald sich an ihnen nicht die charakteristischen, dem Fötus selbst angehörenden, zottenartigen Gebilde erkennen lassen. Auch die Feststellung von Molen genügt nach juristischen Begriffen nicht zur Feststellung einer Schwangerschaft und eines Aborts, da nach einem Erkenntniss des Reichsgerichts zum Kriterium des § 218 die Abtreibung oder Tödtung einer lebenden Frucht gehört. Oft kommt man in die Lage, über das Leben der abgetriebenen Frucht sich auszusprechen. Maassgebend ist dann stets die frische und gesunde Beschaffenheit der Frucht und Nachgeburt, wie auch der Umstand, dass das Wachsthum der Frucht entsprechend ihrem in der Untersuchung ermittelten Fruchtalter gewesen. Den 2. Punkt für die Beurtheilung der Schwangerschaft und Geburt kann die Untersuchung der Schwangeren selbst gewinnen lassen. So wesentlich in dieser Beziehung das Vorfinden von milchartigem Secret in den Brüsten, Schwangerschaftsnarben, die durchgreifende Zerstörung des Hymens wäre, so wenig beweisend sind doch diese Momente für das Forum. Beweisend allein sind Veränderungen an den äusseren Genitalien, und zwar des äusseren

Muttermundes. Es wird allgemein als Regel angenommen, die quere Oeffnung sei Kennzeichen des jungfräulichen Muttermundes, die runde Kennzeichen des mütterlichen Muttermundes. Autor fand aber, dass die Form des jungfräulichen Muttermundes variirt; derselbe bildet eine Querspalte, Ellipse oder auch eine runde Oeffnung. Charakteristisch aber ist das Fehlen einer klaffenden Oeffnung und noch charakteristischer die stets glatte Beschaffenheit seines Grenzsaumes. Ein Klaffen des Ostium externum mit Durchgängigkeit seines Lumens kann bei chronischer Endometritis, bei Tumoren des Uterus entstehen, charakteristisch für den virginalen Uterus bleibt aber selbst in diesen Fällen der gleichmässig glatte Saum seines Muttermundes und namentlich charakteristisch bleibt das Fehlen von vernarbten Einrissen und Einziehungen; letztere werden weder angeboren, noch auch durch Ovulae Nabothi und deren Narben erzeugt (namentlich gilt das für die dem mütterlichen Uterus charakteristischen narbigen Einkerbungen und Einziehungen an der rechten und linken Commissur der beiden Muttermundslippen!). Solche Einziehungen und eine durch sie bedingte scharfe Abgrenzung der Lippen beweisen untrüglich das Vorhandensein einer früheren Schwangerschaft! Diese Einziehungen und Einrisse entstehen, wenn sie nicht durch das Messer des Arztes hervorgerufen sind, nur durch die Geburt! Der criminelle Abort nun ist die „vorsätzliche Abtreibung der lebenden Frucht“. Zum Nachweise der vorsätzlichen Abtreibung gehört der Nachweis, dass die Schwangere vorsätzlich ein wirksames (taugliches) Abortivmittel angewandt hat und dass durch dies Mittel auch thatsächlich die Frucht ausgestossen ist. Um letzteres anzuerkennen, muss der Arzt, wenn ein inneres Mittel benützt wurde, den Nachweis der Functionsstörungen zu liefern suchen, welche jenes Mittel nach seiner Anwendung ausgelöst hat, und „wir sind nicht berechtigt, einen Abort als durch ein innerlich genommenes Mittel erzeugt zu erklären, wenn solche Functionsstörungen nicht aufgetreten sind oder wenn wir nicht im Stande waren, sie nachzuweisen“. Bei mechanischen Abortivmitteln ist dies nicht möglich, da hier so charakteristische Erscheinungen nicht folgen, auch oft Abort ohne alle Zwischen-

erscheinungen eintritt. Sind solche vorhanden, so sind sie natürlich sehr werthvoll, am meisten kommt es aber auf die Zeit an, welche bis zur Wirkung des Mittels verfloss, und es ist für das Forum die Ermittlung dieser Zwischenzeit zwischen Anwendung des Abortivmittels und dem Eintritt des Aborts eine wichtige Aufgabe. Folgen die beiden Ereignisse sofort aufeinander, so ist die Beurtheilung nicht schwer, wohl aber, wenn einige Zeit dazwischen liegt. Welche Zeit kann nun dazwischen verfließen? Bei Uterineinspritzungen und Eihautstich ist nach v. Söxinger das längste Zeitmaass eine Woche, nach sicher beobachteten Fällen sind wir jetzt jedoch berechtigt, dieses Maass auf 3 Wochen auszudehnen. Natürlich müssen in solchen Fällen alle anderen Ursachen des Aborts ausgeschlossen werden können! Auch die Scheideneinspritzung ist nun nach des Autors Erfahrungen ein taugliches Abortivmittel, ebenso eine forcirte innere Untersuchung! Beide können, wenn sie mit Vorsicht ausgeübt werden, als unschädliche und regelmässig ohne jeden Nachtheil unternommene Eingriffe auch bei empfindlichen Schwangeren gelten, wenn sie aber zu Abortivzwecken unvorsichtig gemacht werden, können sie sicher Abort auslösen! Autor fasst nun diese Erfahrungen in folgenden Sätzen kurz zusammen:

1. Für den Gerichtsarzt ist bei einer noch lebenden Person ein Abort als erwiesen zu betrachten:
  - a) wenn die Person eine Frucht, ein menschliches Ei oder zottenhaltige Eitheile verloren hat, oder
  - b) wenn bei einer Person, die bisher nicht geboren hatte, Einrisse am Muttermund vorgefunden werden.

Alle anderen Merkmale lassen sich allein oder in Verbindung mit einander einen Abort nur vermuthen, nicht aber sicher diagnosticiren.

2. Für den Gerichtsarzt ist ein künstlicher Abort als erwiesen zu erachten, wenn der Abort nach der Anwendung eines tauglichen Abortivmittels aufgetreten ist zu einer Zeit, in welcher durch das angewendete Mittel erfahrungsgemäss Aborte eintreten können, und wenn gleichzeitig andere Ursachen der Abortes ausgeschlossen sind.

3. Eine Scheideneinspritzung oder eine innere Untersuchung ist als ein geeignetes Abortivmittel anzusehen.

(XII. Hauptversammlung des preuss. Medicinalbeamten-Vereins,  
Berlin, 26. u. 27. April 1895. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 37/38.)

— „Gynäkologische Unfallfolge?“ betitelt Dr. C. Thiem (Cottbus) die Schilderung folgenden Falles: eine 34jährige kräftige Frau gab Februar 1895 an, im December 1894 beim Heraufziehen eines Eimers Wasser aus dem Ziehbrunnen plötzlich einen Schmerz im Unterleibe bekommen zu haben, als dessen Grund ein mehrere Tage später hinzugerufener Arzt einen Gebärmuttervorfall festgestellt habe. Auf Befragen der Berufsgenossenschaft erklärte dieser Arzt jedoch im März 1895, er habe keine sichere Diagnose ohne Narkose stellen können, jedenfalls aber erkläre sein Befund weder die angegebenen Beschwerden, noch einen Zusammenhang derselben mit dem angeblichen Unfall. Autor untersuchte darauf die Frau am 5./IV. 95: Uterus in normaler Höhe, nur etwas links seitwärts, kaum vergrössert, gewöhnliche Vornüberneigung; im hinteren Scheidengewölbe kinderfaustgrosses, mässig druckempfindliches Exsudat, zwischen Uterus und Mastdarm hauptsächlich links. Autor's Gutachten lautete dahin, dass die Frau an einem durch Entzündung des Beckenzellgewebes und Beckenbauchfells hervorgerufenen Exsudat leide, welches offenbar in der Rückbildung begriffen sei und dabei durch Narbenzug die Gebärmutter etwas seitlich nach links herübergezogen habe; höchstwahrscheinlich habe sich die Entzündung im Anschluss an die 4 $\frac{1}{2}$  Woche vor dem Unfall durchgemachte Entbindung angeschlossen, jedenfalls sei sie nicht durch das übrigens keineswegs eine aussergewöhnliche Betriebsleistung darstellende und von der Frau öfters besorgte Heraufziehen eines Eimers Wasser bewirkt worden. Auch könne eine wesentliche Verschlimmerung des bereits vorhandenen Leidens durch diese durchaus nicht grosse körperliche Anstrengung nicht angenommen, höchstens zugegeben werden, dass ihr dasselbe dabei zum Bewusstsein gekommen wäre, wie sich Jemandem irgend eine Muskelentzündung durch eine zufällige Körpererschütterung z. B. durch Niesen oder Husten zum 1. Male bemerkbar



make. Die Entschädigungsansprüche seien darnach abzuweisen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1895 No. 4.)

**Struma.** Prof. Mikulicz (Breslau, chirurg. Klinik) macht Mittheilungen über **Thymusfütterung bei Kropf und Basedow'scher Krankheit**, die er seit dem 30./I. d. J. versucht hat, und zwar bisher bei 11 Fällen (10 Mal Kropf, und zwar 8 Mal diffuse Hyperplasie, 2 Mal isolirte Knoten allein oder neben gleichzeitiger diffuser Vergrösserung des Organs, sämmtlich bei Patienten im Alter von 13—28 Jahren; 1 Mal Morbus Basedowii). Soweit Autor nach der kleinen Beobachtungszahl beurtheilen kann, ist der Erfolg der Thymusfütterung bei St. derselbe wie bei Schilddrüsenfütterung. Verfüttert wurde frische, rohe Hammelthymus (die Thymus kommt beim Hammel in brauchbarer Grösse nur bis zum Anfang des 2. Lebensjahres vor. Da bei uns die Hammel oft in späterem Alter, selbst mit 5—6 Jahren geschlachtet werden, so findet sich nur in grossen Schlächtereien eine so grosse Anzahl von jungen Hammeln, dass täglich frische Thymus vorrätzig ist. Das Organ liegt in Form von 2 länglichen, walzenförmigen, 10—12 cm langen Körpern zu beiden Seiten der Halstrachea, mit ihren unteren Polen in die Brustapertur reichend. Es ist fein gelappt, von feinkörnigem Gefüge, gelblichweisser Farbe, ähnlich der Kalbsthymus. Mit der Schilddrüse ist die Thymus nach Lage, Farbe und Grösse nicht zu verwechseln.) Es wurde begonnen mit einer Gabe von 10—15 gr und dieselbe allmähig bis auf 25 gr gesteigert. In der Regel erhielten die Kranken 3 Mal wöchentlich die Dosis, fein gehackt, auf Brod. Die wöchentlich genommene Menge schwankte somit zwischen 30—75 gr. Der Geschmack der Thymus ist unangenehm, sie wurde aber von allen Patienten anstandslos genommen. Die grossen Mengen machten keinerlei Nebenerscheinungen! Was den Erfolg anbelangt, so verschwand einmal die diffuse Hyperplasie (kleiner, kurze Zeit bestehender Kropf bei 14jährigem Mädchen) in 2 Wochen vollständig; 6 Mal sehr erhebliche Verkleinerung der St., 2 Mal innerhalb 2—3 Wochen ein unbedeutender, 1 Mal gar kein Erfolg. Die Zeit von 2—3 Wochen genügt in den meisten Fällen, um event. Erfolge herbeizuführen; das Organ verkleinert

sich in den ersten 8—14 Tagen sehr rasch, später langsamer und nach 5—6 Wochen nicht mehr trotz weiterer Thymusfütterung. Selbstverständlich ist die Volumensabnahme, in Zahlen ausgedrückt, bei grossen Strumen viel grösser, als bei kleinen Hyperplasieen. Während in letzteren Fällen bei völligem oder fast völligem Rückgang der St. der Halsumfang nur um  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$  cm sich verringerte, ging er bei einer grossen St. um  $3\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ , ja 5 cm zurück, ohne dass die Schilddrüse sich auf ihr normales Volumen verkleinert hätte; aber dieser partielle Erfolg bedeutet für den Kranken einen vollen, da er die Beschwerden los ist. Von den 11 Kranken suchten 6 wegen hochgradiger Athemnoth die Klinik auf: 5 Mal so wesentliche Besserung, dass Operation unnöthig wird! Die diffusen Hyperplasieen jugendlicher Individuen bieten die besten Chancen! Während bei Schilddrüsenfütterung oft genug sich unangenehme Nebenerscheinungen zeigen, treten solche trotz der erheblich grösseren Mengen von Thymus nicht auf: innerhalb 5 Wochen wurden dabei 300 gr, bei dem Fall von Morbus Basedowii in 6 Wochen 375 gr verfüttert! Dieser Unterschied in der Wirkung der 2 Drüsen trat bei einem Fall eclatant hervor: 25jähriger Patient mit diffuser, deutlich pulsirender St., Hauptmasse jedoch retrosternal. Seit mehreren Jahren Athemnoth, Angstanfälle, anfallsweise Herzklopfen, Hitzegefühl, Schwindel; in den letzten Wochen Verschlimmerung. Vom 7.—23./I. Schilddrüsentherapie: 30 gr in Tabletten und 35 gr frische Drüse. Schwere Zufälle (Puls bis 140, schwere Angstanfälle, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schwindel), dabei an der St. keine Veränderung. 1 Woche Pause, dann Status quo ante. Jetzt Thymusfütterung: 3 Mal wöchentlich 10 bis steigend auf 25 gr; im Ganzen innerhalb 5 Wochen 300 gr. Deutlicher Erfolg: Str. kleiner, Allgemeinbefinden auffallend besser, ebenso die übrigen Erscheinungen. Dabei stets subjectives Wohlbefinden. Bemerkenswerth auch der Fall von Morbus Basedowii: 44jährige Frau mit folgendem Status: mässiger Exophthalmus; Herzaction 120—132; über sämtlichen Ostien des Herzens lautes systolisches Geräusch; grossschlägiger Tremor; Herzklopfen; nervöse Reizbarkeit; diffuse, 2 faustgrosse Anschwellung beider Schilddrüsenlappen, deren beide unteren Pole tief hinter

das Sternum reichten; Erstickungsanfälle mit starkem Stridor, Cyanose und Unruhe, sodass man an Tracheotomie dachte. Thymusverfütterung. Auffallende Besserung: Kropf zwar nur wenig verkleinert (Halsumfang ca. 1 cm geringer), dafür unzweideutiger Erfolg bei allen übrigen Symptomen, am meisten in Bezug auf das subjective Befinden. Vielleicht ist hier die geringe Verringerung der St. weniger maassgebend, als eine etwaige spezifische Wirkung der Thymus auf die nervösen Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit. — Es wird freilich noch weiterer Erfahrungen bedürfen, um die Erfolge dieser Therapie klar zu legen, zumal Täuschungen leicht sind! Das hebt Autor besonders hervor.

(Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur in Breslau, 29. März 1895. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 16.)

- Dr. Treitel (Berlin) beobachtete einen **interessanten Fall von Str. mit Recurrenslähmung**: Der 59jährige Patient consultirte den Autor am 9./4. 90 wegen einer seit einigen Monaten bestehenden Heiserkeit. Recurrenslähmung; ausserdem Kehlkopf in toto nach links verdrängt. Letzteres bewirkt durch eine rechtsseitige, apfelgrosse Geschwulst am Halse von Knorpelhärte, offenbar Str. Dieselbe soll erst seit einem Jahre bestehen. Da dieselbe jetzt wuchs, rieth Autor, weil bei dem Alter des Pat. die Str. als maligner Tumor anzusehen war, zur Operation. Diese von Prof. Israel am 23. Mai ausgeführt. Str. mit der Umgebung nicht verwachsen, benigner Art, keinen Druck auf den Recurrens ausübend. Die Operation brachte keinen Erfolg in Bezug auf die Recurrenslähmung; der Status blieb derselbe, die Stimme stellte sich nicht ein, dagegen konnte Pat. während der Betastung des Kehlkopfes mit lauter Stimme sprechen; die Wiederherstellung der Stimme gelang bei leichtem Druck nicht nur auf den Kehlkopf, sondern auch bei Druck auf benachbarte Stellen des Halses, sie blieb auch, wenigstens noch eine Weile, wenn man mit dem Drucke nachliess oder sogar, wenn man den Finger ganz entfernt hatte. 4 $\frac{1}{2}$  Jahre später sah Autor den Kranken wieder: Str. nicht wiedergekehrt, Stimme aber auch nicht; Pat. spricht mit leiser Stimme, die oft ganz aussetzt. Pat. giebt aber an, dass sie sich bei Druck auf den linken Schildknorpel noch

bessere, und in der That spricht er, wenn er sich dort drückt, mit etwas mehr sonorer Stimme. Autor jedoch konnte objectiv diese Verstärkung nicht erzeugen. Laryngoskopischer Befund wie früher. — Der Fall ist interessant wegen der Str. und der Recurrenslähmung. Erstere war bemerkenswerther Weise, trotzdem sie sich in spätem Alter und so rasch entwickelte, nicht maligner Natur. Sodann bewirkte sie jene Recurrenslähmung, obwohl sie, wie die Operation zeigte, den Nervus recurrens nicht direct erreichte. Da auch keine Drüsenschwellungen vorlagen, musste es sich wohl um eine Peristrumitis handeln, obgleich Pat. nie davon Beschwerden gehabt hat. Woher aber die Wiederherstellung der Stimme bei Druck? Dass bei Compression beider Platten des Schildknorpels die Stimme lauter wird, ist selbstredend, ebenso bei einseitigem Herandrücken einer Platte des Schildknorpels nach Entfernung einer einseitigen Str. (letztere kann den Knorpel etwas erweicht haben, wodurch ein auch nur leichter Druck das diesseitige Stimmband dem anderen nähert). Hier konnte man aber die Stimme auch durch Druck auf entferntere Stellen heben, wofür es nur 2 Erklärungen giebt: Entweder ist es möglich, dass der Kehlkopf durch Entfernung einer Str. in seiner Fixation anfangs gelockert ist und dass ein auch nur leiser Druck auf eine ihm benachbarte Stelle ihn daher fixiren kann, wodurch seine eigenen Muskeln kräftiger agiren können; oder der Druck wirkt suggestiv und veranlasst das gesunde Stimmband zu kräftigerer Action. Hier handelte es sich wohl hauptsächlich um Autosuggestion, wie die Einzelheiten (s. oben) zeigten. — Der Fall lehrt auch, dass man mit der Prognose einer in Folge einer Str. entstandenen Recurrenslähmung vorsichtig sein muss!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 20.)

**Syphilis.** Einen interessanten Fall von syphilitischem Ausschlag bei einem Morphinisten beobachtete E. Breton. Der Patient spritzte sich zuletzt jeden Abend 2 gr Morphinum ein. S. hat er sich vor 3 Jahren dadurch zugezogen, dass er seiner syphilitischen Maitresse mit seiner Spritze Morphinum injicirte und sich dann mit derselben Spritze eine Injection machte. 25 Tage später entstand an der Injectionsstelle ein Schanker, nach

weiteren 3 Wochen auf der Bauchhaut ein papulöses Syphilid. Er kümmerte sich nur wenig um seine S., die auch keine weiteren Symptome machte. Vielleicht hat das im Blute kreisende Morphinum die S. in ihrer Entwicklung gehemmt, dass sie aber wirksam blieb, beweist die Thatsache, dass seitdem alle von den Injectionen herrührenden Stichwunden sich in etwa linsengrosse Papeln von kupferrother Farbe verwandelten, während vor der Infection kleine, weisse Narben blieben.

(Journ. des Malad. cutanées et syphil. 1894 No. 12. — Monatshefte für prakt. Dermatolog. 1895 Bd. XX No. 5.)

- Dr. A. Seidel (Berlin) beschreibt einen interessanten Fall unter dem Titel: **Mediastinal-Sarkom oder Mediastinal-Lymphdrüsen-Gumma?** 59 jähriger Hauptmann a. D., früher meist gesund, mit Ausnahme: in frühester Jugend jährlich 1—2 Mal Halsdrüsenanschwellungen, die stets in 5—8 Tagen abheilten, 1871 beim Feldzug Gelenkrheumatismus, der aber nie wiederkehrte, 1889 Influenza, darauf bis jetzt chronischer Rachenkatarrh, 1891 wieder Influenza. 1893 bei einem Körpergewicht von 103 kg allmählig Appetitlosigkeit und nach und nach Abnahme des Gewichts bis 92 kg. 1894 hartnäckiger Bronchialkatarrh, bald Heiserkeit, und zwar totale (linksseitige Stimmbandlähmung). Immer mehr Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Cur im Sanatorium Hohenhonnef. Hier bedeutende Magenerweiterung constatirt. Beim Eintreffen Gewicht 84 kg, nach 8 Tagen 86 kg. Plötzlich unter starkem Fieber (40—41° C.) vollständige Appetitlosigkeit, totale Stuhlverstopfung und äusserst schmerzhafter Meteorismus. Nach 4 Tagen mit einer Stuhlentleerung Eintritt von Fieberlosigkeit, aber Entkräftung sehr gross, Gewicht 74 kg. Rückkehr nach Berlin, Beginn der Behandlung seitens des Autors! Jammervoller Zustand! Stimme total heiser, colossale Schwäche, Schwanken und Zittern beim Versuch zu gehen (Romberg'sches Symptom), lancinirende Schmerzen der Fuss- und Kniegelenke, fast völliges Fehlen der Kniephänomene (Erb-Westphal'sches Symptom), leicht icterische Verfärbung der Haut und sichtbaren Schleimhäute, Vergrösserung des Magens, Auftreibung desselben und des Abdomens, lästige Empfindung, als ob die Eingeweide aus dem Leibe fielen (Leib-

binde schaffte hier einigermaassen Erleichterung), Fieber (38° C.), Stuhlverstopfung, Erbrechen, gänzliche Appetitlosigkeit, Stuhlgänge von aashaftem Geruch (unverdaute alte Speisereste enthaltend), über dem Manubrium sterni ein Dämpfungsbezirk (etwa 5—8 cm nach links zwischen 1. und 2. Rippe sich erstreckend), am Halse links unter der Clavicula geschwollene Lymphdrüsen. Diagnose: Kachexie in Folge Vorhandenseins eines Mediastinalsarkoms. Therapie: flüssige, concentrirte Nahrung (um der abnormen Zersetzung im Magendarmcanal Einhalt zu thun), starke Dosen Resorcin, Sorge für Stuhlentleerung. Das Fieber schwand, die Kräfte hoben sich, die tabischen Erscheinungen gingen ganz zurück. Es war weder eine Zunahme der Dämpfung, noch an einer anderen Stelle eine Metastase nachweisbar, das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends. Autor wurde daher schwankend in seiner Diagnose und bedachte, ob nicht die Kachexie nur von der Magenerweiterung abhängig und die Stimmbandlähmung von einem gutartigen Tumor veranlasst sein könnte, etwa einem Drüsengumma! Solche sind ja sehr selten und sollen für einen hereditär-luetischen Process sprechen. Anhaltspunkte für einen solchen bestanden sonst nicht, doch erinnerte sich Patient, dass schon während seiner Dienstzeit oft beim Commandiren die Stimme plötzlich versagt und eine geringe Heiserkeit (belegte, leicht in's Falsett überschlagende Stimme) stets seitdem bestanden habe. Es konnte sich also um eine angeborene Mediastinaldrüsen-Lues handeln! Versuch mit Jodkali. Er gelang glänzend! Die Dämpfung ist verschwunden, die Stimme ist zurückgekehrt und ausreichend zum Gebrauch (nur bei der Respiration geringere Beweglichkeit des linken Stimmbandes — Posticusparese, ein Stadium, durch welches die complete Recurrens-Lähmung erst wieder zu der normalen Beweglichkeit übergehen kann), Gewicht 87 kg, Allgemeinbefinden gut; nur ab und zu noch abnorme Gasentwicklung und Verdauungsstörungen, denen man jetzt durch einige Magenausspülungen beizukommen hofft.

(Der ärztl. Praktiker 1895 No. 6.)

— Mendel stellt einen Fall von syphilitischem Schanker in beiden Nasenlöchern vor: 29jähriger Pat. bemerkte diese

Geschwüre zuerst vor 3 Wochen. Lebhaftes Schmerzen, besonders Nachts. Nase geschwollen und geröthet. Drückt man die Nasenspitze etwas in die Höhe, so bemerkt man an jeder Seite ein ovales, eiterndes Geschwür, am vorderen Theile der Nasenscheidewand sitzend und auch den vorderen Theil der Nasenlöcher noch in Mitleidenschaft ziehend. Verhärtung namentlich an den beiden Nasenflügeln bemerkbar. Drüsen der Unterkiefergegend geschwollen. Ursprung der Affection nicht eruirbar. — Autor demonstriert ferner einen **Fall von vorzeitiger tertiärer Laryngitis**: 21jährige Frau, December 1893 inficirt. Secundäre Symptome damals nur schwach, dagegen sehr bald Gummata am Bein, behaarten Kopf und an der Oberlippe. December 1894 beunruhigende Dyspnoë. Laryngoskopische Untersuchung. Ungeheure Infiltration des linken Stimmbandes, des falschen und der Regio arytaenoidea derselben Seite. Auf Calomel-Injectionen innerhalb einiger Tage Heilung.

(Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphil., 14. März 1895. — Monatshefte für prakt. Dermatologie 1895 Bd. XX No. 10.)

- Dr. Rille (Wien, Neumann'sche Klinik) berichtet über **25 mit Jodquecksilberhämol behandelte Fälle**. Das von Kobert dargestellte Mittel enthält 13 % Hg und 28 % Jod. Es hat vor den üblichen intern gegebenen Quecksilbermitteln den Vortheil, dass Nebenwirkungen seltener und viel leichter Art sind. Niemals gab es Veranlassung, es wegen mercurieller Erscheinungen auszusetzen. Nur bei einer geringen Anzahl Salivation und Schwellung der Zahnfleischpyramiden, aber ohne den fötiden Eiterbelag der echten Mercurialstomatitis; es erfolgte auch kein Aussetzen des Mittels, wenn, wie es bei etwa  $\frac{1}{3}$  der Kranken der Fall war, in den ersten Tagen 3—4 breiige diarrhoische Entleerungen auftraten, da dieselben spontan nach wenigen Tagen wieder cessirten: die Einwirkung auf die S. war eine ebenso gute, wie bei anderen per os gereichten Präparaten. Verordnet wurde:

Rp.

*Haemol. hydrargyro-jodat. 10,0*  
*Pulv. et Extract. Liquir. aa*  
*qu. s. ut f. pill. No. L.*

S. 3 mal täglich je 2 Stück nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Es dürfte sich empfehlen, noch einen kleinen Opiumzusatz (0,8) zu machen. Behandelt wurden alle Stadien und Formen der S. Zum Schwinden eines maculösen Syphilides z. B. waren durchschnittlich 110 Pillen nöthig, d. h. 16tägige Behandlung, für papulöse etwa 170; ein universeller Lichen syphil., combinirt mit Roseola und Psoriasis plantaris bedurfte 218 Pillen = 36 Tage. Auch bei tertiärer S. zeigte das Mittel Erfolg: eine Periostitis des Seitenwandbeines und Periostitis der Dornfortsätze mehrerer Brustwirbel schwand auf 78 Pillen rasch, in gleicher Weise eine daneben bestehende Perforation der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens, wobei allerdings noch Bepinselung mit concentr. Lapislösung vorgenommen wurde. Bei noch derzeit auf der Klinik befindlichen Fällen von ulceröser S. bereits deutliche Besserung zu constatiren. Das Mittel ist also als wirksames Antisyphiliticum zu betrachten, das dort, wo man sich aus irgend welchen Gründen einer — ja stets nicht sehr intensiv wirkenden — internen Medication bedienen will, vor den übrigen Quecksilberpräparaten gewisse Vorzüge besitzt: es ist frei von deletären Nebenwirkungen; es ist das erste Präparat, welches Jod und Quecksilber zusammen mit Eisen enthält und so neben specifischen Heilwirkungen auch eine tonisirende hat, also namentlich bei mit Blässe der Haut, herabgekommenem Ernährungszustande einhergehenden, gleichwie mit Scrophulose combinirten Fällen von S. zweckmässig Anwendung finden kann.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 10. Mai 1895. — Wiener klin. Wochenschrift 1895 Nr. 20.)

- Die von Baccelli empfohlenen (s. Excerpta, d. J. Seite 69) **intravenösen Sublimatinjectionen** hat Dr. Görl (Nürnberg) bei 9 Fällen versucht und stets raschen Erfolg gesehen. Zur Anwendung gelangte eine Sublimatkochsalzlösung 1:3:1000; die Injectionen wurden jeden 2. Tag gemacht, indem erst 1, dann 2—5 ccm steigend applicirt wurden. Heilung nach 5—12 Injectionen, jedoch meist bald Recidive. Technik bei gut ausgeprägten Venen nach Umschnürung, die vor Beginn des Einspritzens wieder gelöst wird, keine schwierige. Man stosse am besten die sehr dünne, scharfe und möglichst



kurze Nadel in stark schräger Richtung ziemlich weit in die Vene hinein; es ist so die Gefahr, die Vene auch auf der entgegengesetzten Seite zu durchstossen, ausgeschlossen und man merkt an der freien Beweglichkeit der Nadelspitze, dass man sich wirklich in der Vene befindet. Letzteres wird auch offenbar aus der Schmerzlosigkeit. Fühlt man sich nicht ganz sicher, so spritze man nur wenig Flüssigkeit aus; empfindet Pat. Schmerzen, so ist die Nadelspitze nicht in der Vene, und man versuche dann, vom gleichen Stichcanal aus in dieselbe zu gelangen oder, noch besser, man wähle eine andere Stelle aus. Je rascher das Durchstechen der Haut und Venenwand erfolgt, desto sicherer der Erfolg. Eignet sich nun diese Methode für alle Fälle? Nein! Sie hat zwar viele Vorthelle, so die Schmerzlosigkeit der Injection, die geringe, genau bestimmte Sublimatquantität, die Schnelligkeit, mit der die Heilung eintritt, die Gefahrlosigkeit (so weit bisher bekannt), die unauffällige, den Beruf nicht störende Behandlung. Als grosser Nachtheil erweist sich aber dem gegenüber das schnelle Eintreten von Recidiven; dieser Umstand verbietet die allgemeine Einführung dieser Methode. Letztere ist deshalb nur in bestimmten Fällen indicirt: wenn die Schmerzen der intramusculären und subcutanen Injectionen gefürchtet werden und eine Schmier- oder Pillencur nicht angängig ist, wenn der Pat. in Folge anderweitiger Erkrankung (Tuberculose) oder starker Empfindlichkeit gegen Hg von diesem nur geringe Mengen einverleibt bekommen soll, ferner wenn schwere syphilitische Erscheinungen vorliegen, die ein rasches Eingreifen erfordern, z. B. Gehirn- oder Augenaffectionen secundären Ursprungs, wobei aber zur besseren Fixirung der Heilung eine Schmiercur nachfolgen muss.

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 Nr. 20.)

- Die Behandlung der S. mittelst blossen Ueberstreichens mit Unguent. ciner. hat Welanders (Stockholm) seit seiner 1. Publication (s. Excerpta, Jahrg. II. S. 387) noch bei 369 Fällen leichter und schwerer S. angewandt und wieder sehr befriedigende Erfolge davon gesehen. Es werden Abends je 6 gr Ung. ciner. mittelst Spatels oder Papiermessers auf die Haut der verschiedenen Körpertheile

(Ordnung wie bei der Schmiercur) einfach aufgestrichen und dann sofort die bestrichenen Theile mit einem leinenen Tuche verbunden, worauf Pat. sich in ein warmes Bett legt, das aber nicht so warm sein darf, dass Schweiss auftritt. Am nächsten Morgen 10—15 Minuten langes Reinigungsbad von 35° C.

(Dermatolog. Zeitschrift 1895 Bd. II. Nr. 3.)

### **Tuberculose.** Zur Aetiologie der tuberculösen Affectionen

der Mundhöhle führt Dr. v. Jaruntowski (Posen) einen Fall an, welcher zeigt, dass die durch Caries entstandenen Höhlen in den Zähnen den Tuberkelbacillen zur Brutstätte dienen können. Ein Phthisiker in heruntergekommenem Zustande und mit Tuberkelbacillen im Auswurf bekommt heftige, bis ins linke Ohr ausstrahlende Schmerzen im Munde, besonders beim Schlucken. Links auf der Mundschleimhaut hinter dem unteren Weisheitszahne speckig belegtes, zum Theil bröckelig zerfallenes Geschwür, bis nach hinten auf den vorderen Gaumenbogen sich erstreckend. Fast die ganze linke Hälfte des Gaumensegels bis zur Mittellinie geröthet und mit kleinen hirsekorngrossen Knötchen übersät, die in den nächsten Tagen confluirten und ausgebreitete flache Geschwüre auf dem weichen Gaumen bildeten. In dem Belage der Geschwüre spärlich Tuberkelbacillen. Zahnfleisch im Bereich des Weisheitszahnnes ebenfalls, besonders auf der äusseren Seite geschwürig zerfallen, sodass die laterale Wurzel zum grössten Theil frei liegt. Extraction des sehr locker in der Alveole sitzenden Zahnnes. Auf seiner hinteren Fläche grosse cariöse Höhle, in deren Inhalte eine grosse Menge Tuberkelbacillen nachweisbar sind, und zwar in solcher Menge, wie sie für gewöhnlich nur in Culturen und frischen Heerden zu sehen sind. Das und die ganze Art der Affection bewies, dass die in dem Zahninhalte gefundenen Tuberkelbacillen aus einem in der cariösen Zahnhöhle entstandenen tuberculösen Heerde stammten und nicht etwa dem Lungenauswurf angehörten. Hier handelte es sich um einen Phthisiker, es könnte aber ebenso vorkommen, dass solche Tuberkelbacillen erst aus der Zahnhöhle in den Organismus weiter eindringen und eine tuberculöse Affection hervorrufen!

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 Nr. 18.)

- E. Wassiljew berichtet von einem Fall von Lupus, durch ein intercurrentes Erysipel zum Schwinden gebracht: ein Lupus exulcerans am unteren Augenlid, am Nasenflügel und Mundwinkel bestand bereits mehrere Jahre und wich keiner Medication. Patient (Soldat) wurde ins Hospital aufgenommen, wo er Gesichtsrose acquirirte. Dabei rasche Heilung des Lupus, sodass Pat. nach einigen Wochen geheilt entlassen werden konnte.

(Medicinskoje Obosrenje 1895 Nr. 6. —  
Litteraturbeilage zur St. Petersburger Medic. Wochenschrift 1895 Nr. 4.)

- Dr. Fedor Schmey (Beuthen O./S.) will mit **Bals. Peruvian.** bei Lungentuberculose eclatante Erfolge erzielt haben, sodass er auf Grund seiner Erfahrungen behauptet, jeden Fall heilen zu können, vorausgesetzt, dass der allgemeine Kräftezustand des Pat. so gut ist, dass man eine voraussichtliche Lebensdauer von 2 Monaten noch zu erwarten hat. Die Behandlung besteht in interner Medication und Inhalationen. Man lässt also Gelatine-kapseln (sehr preiswerth in Dr. Kade's Oranienapotheke in Berlin) nehmen von folgender Zusammensetzung:

Rp.

*Balsam. peruvian. 0,3*  
*Guajakol. 0,2*

Davon nimmt der Pat. zuerst 3  $\times$  tägl. 3 Stück während des Essens, allmählig steigend bis auf 20 Stück pro die. Man sage aber vorher dem Kranken, dass er mindestens 1000 Stück wird nehmen müssen. Mit diesen Kapseln allein kann man schon grosse Erfolge erzielen. Zur Unterstützung lasse man noch täglich mit Hilfe des gewöhnlichen Dampfsprays inhaliren:

Rp.

*Balsam. peruv. 10,0*  
*Spir. vin. 30,0*  
*Aq. dest. 200,0.*

Das wirksame Arzneimittel ist jedenfalls die im Perubalsam enthaltene Zimmtsäure, die ja nach Landerer specifisch bei T. wirken soll.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 5.)

- **Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Verletzung des Schultergelenks bei einem Tuberculösen**, so betitelt sich ein Aufsatz von Dr. Dobczynski (Christberg): Die Berufsgenossenschaft haftet für alle aus einem Unfall sich ergebenden (also auch die mittelbaren) Folgen, und falls der Tod die Folge des Unfalls ist, wird die Dauer der Entschädigungspflicht nicht dadurch abgekürzt, dass nach menschlicher Voraussicht der Unfallverletzte auch ohne den Unfall in nicht allzu ferner Zeit einem z. Z. des Unfalls bereits bestehenden Leiden erlegen wäre (Rekurs-Entscheidung des R. V. A. vom 20./VI. 94). — Der Maschinist Sch. fiel am 26./X. 92 von einer Leiter herab, die letztere stürzte nach, Sch. trug eine Quetschung des linken Schultergelenks davon. Die Folgen schienen Anfangs keine sehr hervorragenden gewesen zu sein, Sch. erhielt nach 13 Wochen 25 % Rente. Sch. erhob Widerspruch, angebend, er sei seit dem Unfall völlig erwerbsunfähig gewesen und geblieben. Autor stellte daraufhin am 7./V. 93 folgenden Status fest: Linkes Schultergelenk vollständig ankylotisch. Schulter durch Atrophie des Schultermuskels abgeflacht; an der Vorder- und Rückseite des oberen Theils des Oberarms wallnuss- resp. hühnereigrosser Eiterungsheerd; der unterste Theil des Oberarms, Unterarm und Hand geschwollen, bläulich, kühl; bei Bewegungsversuchen heftige Schmerzen, auch leichtes Crepitiren im Gelenk. Zeichen eines ausgebreiteten Luftröhrenkatarrhs (Sch. will daran seit seiner Militärzeit leiden), Fieber, angegriffenes Aussehen. Auf Grund dieses Befundes attestirte Autor, Sch. leide an einer chronischen (wahrscheinlich tuberculösen) Entzündung des Schultergelenks, welche bei der nachweisbar vorhandenen Continuität der Erscheinungen auf den Unfall zurückzuführen sei. Sch. erhielt Vollrente bewilligt und kam in eine Klinik, wo er operirt wurde. Zunächst Besserung, dann aber Zustand in Folge Weiterentwicklung des Lungenleidens schlechter, Exitus am 16./X. 93 an Tuberculosis pulmonum. Die Berufsgenossenschaft wies die Wittve mit ihren Ansprüchen ab, da der Tod des Sch. nicht Folge der Verletzung, sondern des bereits vor letzterer bestehenden Lungenleidens gewesen sei. Wittve Sch. legte Berufung ein und bat Autor um ein Attest. Derselbe führte in diesem Gutachten aus, dass Sch. jedenfalls schon vor der Verletzung lungenkrank gewesen, aber bis zum Unfall stets arbeits-

fähig gewesen sei und besonders auch während seiner letzten 11jährigen Thätigkeit nie wegen Krankheit seine Arbeit versäumt habe, dass er hingegen von Stunde des Unfalls an arbeitsunfähig geworden, dass die erlittene Quetschung des Gelenks Veranlassung zu einer chronischen Gelenksentzündung gegeben, welche zur Eiterung in diesem Gelenk geführt, dass das begleitende Fieber, die darniederliegende Ernährung, die fortwährenden Schmerzen, die Störung der Nachtruhe die körperliche Widerstandsfähigkeit hätten herabmindern müssen, dass in Folge dessen das Lungenleiden erheblichere Ausdehnung gewonnen habe und zum Tode führte, kurz, dass der Tod des Sch. eine mittelbare Folge des Unfalls gewesen sei. Dieser Ansicht schloss sich das Schiedsgericht an und verurtheilte die Berufsgenossenschaft zur Zahlung der Rente. Diese legte Recurs beim R. V. A. ein: die Verletzung sei durch chirurgisches Eingreifen geheilt worden, der Tod durch das alte Lungenleiden herbeigeführt; sollte jedoch ein causaler Zusammenhang zwischen Tod und Unfall angenommen werden, so müsse in Betracht kommen, dass Sch. bereits vorher tuberculös gewesen, also auch ohne Unfall ein höheres Lebensalter nicht erreicht hätte, dass er nicht älter als 58 Jahre (Alter zur Zeit des Unfalls 50 Jahre) geworden wäre und voraussichtlich das Jahr 1900 nicht überlebt haben würde, event. sei also die Rente höchstens bis dahin festzusetzen. Dieser Ansicht schloss sich das R. V. A. aber nicht an: „es genüge, wenn die beim Unfall erlittene Verletzung eine von mehreren zum Tode mitwirkenden Ursachen ist und als solche ins Gewicht fällt; die Rente bis 1900 zu beschränken ginge nicht an, denn der Umstand, dass Sch., auch wenn er den Unfall nicht erlitten hätte, in nicht zu ferner Zeit an T. gestorben wäre, sei belanglos. „Denn hat einmal ein Unfall in einer für die Begründung des ursächlichen Zusammenhangs geeigneten Weise den Tod des Verletzten herbeigeführt, so besteht die Verpflichtung der Berufsgenossenschaft zur Zahlung der Hinterbliebenenrente bis zum Eintritt der in § 6 des Unfallversicherungsgesetzes für den Wegfall vorgeschriebenen Voraussetzungen; auch, wenn zweifellos die Unterstützung durch den Getödteten (deren Wegfall den Grund zur gesetzlichen Ein-

führung der Rentenzahlungspflicht gebildet hat), inzwischen, auch abgesehen von dem Unfall, aufgehört hätte.“

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1895 No. 8.)

**Tumoren.** Prof. Dr. R. Emmerich und Dr. H. Scholl veröffentlichen klinische **Erfahrungen über die Heilung des Krebses durch Krebsserum (Erysipelserum)**, welches letzteres ein Specificum gegen Carcinom genannt werden darf. Schon früher haben Autoren, wie Busch, Bruns, Fehleisen, Neisser über merkwürdig rasche Heilung von Carcinomen und Sarkomen durch intercurrentes Erysipel berichtet, die beiden letzteren Autoren haben sogar virulente Reinculturen von Erysipelkokken bei hoffnungslosen Fällen von Krebs eingepflanzt und Erfolge erzielt, daneben aber auch sehr gefährliche Nebenerscheinungen. Letztere zeigten sich auch bei Heilversuchen B. Coleys, der auf 100° C. erhitztes oder durch Bakterienfilter filtrirte Bouillonculturen von Erysipelkokken mit Erfolg bei Carcinom und Sarcom injicirte. Diese unangenehmen Nebenwirkungen fallen bei der Krebsserumbehandlung unserer Autoren fort; zwar zeigt sich ebenfalls eine erysipelähnliche Schwellung, aber kein oder nur mässiges Fieber und höchstens leichte Schmerzen. Nachdem Thierversuche vorausgegangen, begannen die Autoren Krebskranke zu behandeln und zwar mit Schafblutserum, dessen Bereitung viel umständlicher ist, als die des Diphtherieheilserums: die mit Erysipelcultur inficirten Schafe lässt man verbluten und fängt das Blut in sterilisirten Gefässen auf; nach einer bestimmten Zeit wird das Serum abpipettirt und durch Filter von Erysipelkokken befreit; das auf diese Weise kalt sterilisirte Serum wird dann in 10 ccm fassende Rollflaschen gefüllt und steril verschlossen. Die Autoren haben mit diesem Serum bei zahlreichen Carcinomen eclatante Erfolge erzielt; wirkungslos erwies es sich nur in 2 Fällen, bei welchen bereits eine secundäre Infection des Carcinoms und ausgedehnter eitriger Zerfall vorhanden waren. Fast alle Fälle in der Regel durch wenige Injectionen gebessert und geheilt, wie aus den genau geschilderten Krankengeschichten hervorgeht. Auch bei einem 6 Jahre alten, kopfgrossen, steinharten Sarkom der Schulter wurde durch 3 wöchentliche Serumbehandlung Erweichung

und Verkleinerung herbeigeführt! Sowohl Drüsen- als auch Hautcarcinome günstig beeinflusst! Je früher, je jünger das Carcinom, desto sicherer und rascher die Heilung, welche hier durch Resorption erfolgt, während sehr alte Carcinome durch Zerfall und spätere Vernarbung zur Heilung gelangen können. Die Dosis richtet sich nach der Grösse des Tumors und dem Körperzustand des Kranken; bei jüngeren, kräftigen Patienten so viel als möglich zu injiciren! Bei Tumoren bis Taubeneigrösse täglich 1—4 ccm, bei grösseren 10—15—20—25 ccm auf einmal in verschiedene Stellen der Geschwulst einzuspritzen. Schmerzen bei Injection kleiner Dosen (5 ccm) gar nicht, bei grösseren Schmerzen, die aber nur einige Stunden anhalten, und etwas Fieber. Nach der Injection nach mehreren Stunden aseptisches Erysipel, d. h. Schwellung der Haut und leichte Röthung, auch in der Umgebung, aber nach 24—48 Stunden alles verschwunden; je stärker diese pseudoerysipelatöse Schwellung, desto besser gewöhnlich der Heilerfolg! Die Autoren haben vorläufig nur in kleinem Umfange Versuche anstellen können, und es wird voraussichtlich noch eine Erhöhung der Wirksamkeit des Serums möglich sein. In 4—6 Wochen werden die Autoren wohl im Stande sein, grössere Quantitäten abzugeben (Wünsche zu richten an Dr. Scholl, Thalkirchen bei München); an notorisch arme unentgeltliche Abgabe.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 17.)

- Prof. Angerer spricht über das **Erysipelserum**, mit dem auch an Kranken seiner Klinik Emmerich operirt hat. Er kann die Angaben des letzteren nicht bestätigen und erklärt, das Serum sei durchaus nicht als specifisches Mittel gegen Krebs anzusehen. Angerer hat sich bei den Hausärzten der Pat. nach ihren späteren Schicksalen erkundigt und erhielt die Nachricht, dass Recidive eingetreten sind, der eine starb sogar an Kachexie. Andere Fälle wurden überhaupt wenig oder gar nicht beeinflusst. Bei einer 81jährigen Frau mit grossem Sarkom der Parotis wurden 9 Injectionen (60 ccm Serum) gemacht. Im Anschluss an die letzte Injection entstand ein typisches schweres Erysipel mit 40° Fieber und darüber; das Erysipel bestand 7 Tage und bedrohte

ernstlich das Leben der Patientin, die jetzt dem Tode nahe ist; einen Einfluss auf die Neubildung hatten aber weder die Injectionen, noch das Erysipel!

(Aerztl. Verein München, 15. Mai 1895. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1895 Nr. 21.)

- Prof. Dr. P. Bruns (Tübingen, chirurgische Klinik) hat das **Erysipelserum** auch bei 6 Fällen (4 Carcinomen, 1 Sarkom, 1 Lymphom) angewandt, aber bei sämtlichen erwies es sich als wirkungslos; in keinem Falle Stillstand, Verkleinerung oder gar Verschwinden der T., wohl aber üble Nachwirkungen: 3 Mal unmittelbar nach der Einspritzung Anfälle von plötzlicher schwerer Störung der Athmung und Herzthätigkeit, die oft einen recht bedrohlichen Grad erreichten, in allen Fällen Temperatursteigerungen mit Störung des Allgemeinbefindens, 1 Mal 8tägiges hohes Fieber mit sehr heftigen Gelenkschmerzen. Die Ursache dieser Erscheinungen wahrscheinlich der nicht sterile Zustand des Serums: Das Sterilisiren auf kaltem Wege ist ziemlich unsicher, und die Untersuchung des dem Autor 8 Tage vorher gesandten Serums ergab auch Anwesenheit zahlreicher Kokken. Autor warnt davor, dass durch Versuche mit der Serumbehandlung die rechtzeitige Operation maligner T. unterlassen wird! — Auf eine solche Mahnung gehen auch die **kritischen Bemerkungen zur Krebsheilserumtherapie** hinaus, die Dr. Petersen (Heidelberg, chirurg. Klinik) macht. Derselbe geht mit den von Emmerich und Scholl publicirten Fällen von Heilung scharf ins Gericht, und zeigt, dass dieselben absolut nicht beweiskräftig sind. Die Beobachtungsdauer ist viel zu kurz, die Untersuchungen zu oberflächlich, Täuschungen in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht klar zu Tage liegend. „Es sei gewissenlos, auf Grund so kurzer und ungenügender Beobachtungen Hoffnungen im Publicum zu erwecken, die zunächst und in dem angegebenen Umfange ganz gewiss nicht erfüllt werden können.“ Die Ausdrücke „Specificum bei Krebs“, „Krebsheilserum“ seien dazu angethan, falsche Vorstellungen im Publicum zu erwecken und dasselbe davon abzuhalten, frühzeitig maligne T. operiren zu lassen. Wie viel Unheil da-



durch angestiftet werden kann, sei wohl Jedem klar!\*)

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 Nr. 20.)

- **Zur Diagnostik des Magencarcinoms** spricht Hamerschlag: Wir besitzen noch kein völlig charakteristisches Symptom, immerhin gelingt es aber einer sorgfältigen Untersuchung, in einer Reihe von Fällen schon frühzeitig die Diagnose zu stellen. Als typisch für das Magencarcinom kann folgender Befund gelten: Mangel freier Salzsäure, reichliches Vorhandensein von Milchsäure, Fehlen der Eiweissverdauung, zahlreiche „lange Bacillen“, progressive Abnahme der motorischen Kraft. Diese Veränderungen kommen freilich nicht ausschliesslich bei Magencarcinomen vor. Autor beobachtete Milchsäure bei 3 auf Carcinom verdächtigen Fällen, bei welchen trotz reichlicher Milchsäure hinterher die Diagnose „Carcinom“ mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. In der Klinik Nothnagel waren von 33 Fällen mit Milchsäure 30 Carcinome, 3 keine, von 35 Fällen mit mangelnder Eiweissverdauung 30 Carcinome, 5 keine. Auch kommen obige Symptome nicht constant bei Carcinom vor, im Anfangsstadium und oft auch noch in vorgeschrittenen Stadien kann der Chemismus völlig normal sein. In jenen Fällen, in welchen das Carcinom sich nicht am Pylorus entwickelt, die somit nicht von vornherein zur Stenose und Ektasie neigen, erlaubt die Magensaftanalyse relativ am häufigsten eine frühzeitige Diagnose, auch bei Carcinom, welches sich aus einer Ulcusnarbe entwickelt, pflegt sich frühzeitig der geschilderte Chemismus einzustellen, wogegen derselbe bei Pyloruscarcinom oft lange Zeit normal bleibt; eine starke Verminderung des Pepsins bei noch vorhandener Salzsäure beobachtet man hier ziemlich häufig in frühen Stadien. Im Allgemeinen gestattet die Mageninhaltsprüfung in einer Reihe von Fällen, namentlich solchen ohne Ektasie, eine frühzeitige Diagnose. Von grosser Wichtigkeit ist aber die Vornahme wiederholter Analysen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 17. Mai 1895. — Wiener medic. Presse 1895 Nr. 20.)

---

\*) In der That haben schon Tageszeitungen die Erfolge des „Krebsheilserums“ in die Welt hinausposaunt!

- Prof. Kétli stellt einen **interessanten Fall von Bauchtumor** vor: In der Bauchhöhle der 40jährigen Kranken ein leicht bewegbarer und beweglicher Tumor, der in Form und Consistenz der Niere gleicht, zu fühlen. Seit October v. J. im Bauche Schmerzen, Appetitlosigkeit, Abmagerung, jeden Morgen Erbrechen von Massen, die zum Theil aus Speiseresten des Tags vorher Genossen bestehen. Wanderniere? Beim Aufblasen des Magens wich der Tumor nach rechts unten aus, beim Aufblasen der Därme nach rechts oben. Also Zusammenhang des Tumors mit dem Magen (Nierentumor weicht beim Aufblasen des Magens und noch mehr der Därme nach hinten aus und verschwindet auch regelmässig). Untere Grenze des aufgeblähten Magens 2 cm unter dem Nabel; also Ektasie des Magens. Diese am häufigsten Folge einer Pylorusverengung. Also ein vom Magen ausgehender und den Pylorus verengernder Tumor! Die Salol- und Jodkaliprobe ergaben, dass die motorischen und verdauenden Functionen des Magens verringert sind. Aus der eine Stunde nach eingenommenem Frühstück erfolgten chemischen Untersuchung des Mageninhalts ging hervor, dass die freie Salzsäure auf dem Höhepunkte der Verdauung fast gänzlich fehlte, dagegen fand sich Milchsäure vor, obwohl der Magen vor dem Frühstück immer ausgewaschen wurde. Im Harn Indican. Im Blut geringe Leukocytosis. In Anbetracht dieser Umstände Diagnose trotz des jugendlichen Alters der Kranken und des Fehlens von Kachexie: „**Carcinoma ventriculi**“. Die Magentumoren zeigen übrigens nur dann solche Mobilität, wenn sie in der Pylorusgegend sitzen. Autor hält eine Magenresection für indicirt.

(Gesellschaft der Aerzte in Budapest 30. III. 95. —  
Pester medic.-chirurg. Presse 1895 Nr. 18.)

- Rehn (Frankfurt a. M.) hat 3 Fälle von **Blasentumoren bei Fuchsinarbeitern** beobachtet, und zwar Arbeitern der Höchster Farbwerke, die mit Anilinfarbstoffen zu thun hatten. Offenbar handelte es sich um Anilinvergiftung: bei länger dauernder Beschäftigung mit Fuchsin leidet zunächst das Allgemeinbefinden der Arbeiter, es stellen sich Zittern, Mattigkeit, Schwindel, Blaufärbung der Haut ein; nach einiger Zeit entwickeln sich dann Harnbeschwerden, namentlich Schmerzen beim Wasserlassen und

Haematurie. Diese sind von T. der Blase abhängig, die sich in der Regel um die Einmündungsstelle des Ureters bilden. Ein operirter Tumor zeigte schon makroskopisch eine deutliche Schwarzfärbung (Anilin). Die T. sind Papillome oder Sarkome und entstehen durch directen Reiz des ausgeschiedenen Farbstoffes, analog den Hodenkrebsen der Schornsteinfeger und Paraffinarbeiter, sowie den Lungsarkomen der Bergarbeiter.

(XXIV. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Münchener medic. Wochenschrift 1895 Nr. 20.)

**Ulcus ventriculi.** G. Singer (Wien, Allgem. Krankenhaus, Abtheilung Dr. Pal) hat sehr schöne Erfolge mit der **Rectalernährung** erzielt und ist zu dem Resultat gekommen, dass diese Methode der Ulcus-Behandlung allen anderen voranzustellen sei, ja, dass bei U. die ausschliessliche Ernährung per rectum in den ersten Tagen nach der Blutung als typisches Verfahren gelten sollte. Flüssigkeitsmenge soll  $\frac{1}{4}$  Liter nicht übersteigen und von folgender Zusammensetzung (Boas) sein:

*125 gr Milch*  
*125 gr Wein*  
*1—2 Eidotter*  
*1 volle Messerspitze Kochsalz*  
*1 Kaffelöffel Pepton Witte.*

Autor fügte zumeist noch ein kleines Stückchen Traubenzucker hinzu. Die einzelnen Gaben 2—3  $\times$  täglich in Intervallen von 4—5 Stunden zu verabreichen! Die frisch bereitete Mischung gut durchquirlen und eine gewöhnliche Klystierspritze, welche mit einem weichen, langen Mastdarmrohr oder einem langen Drain versehen ist, aufsaugen! Vor jedem Ernährungsklysma ein Reinigungsklysma, nach jedem ein Zäpfchen mit 0,01 Extr. Opii; bei sehr reizbaren Personen, welche sofort nach der Injection Tenesmus bekommen, setzt man mit Vortheil der Mischung 8—10 Tropfen Opiumtinctur hinzu. Also Behandlung im Wesentlichen: 4—8 Tage lang bei strenger Bettruhe diese Ernährung innehalten, ferner Eisbeutel auf die Magengegend (bei heftigen Schmerzen warmer Breiumschlag), um das Hungergefühl zu beseitigen intern Extr. Opii 0,1 pro die (die damit verabfolgten 200 ccm Wasser genügen meist zur Dämpfung des Durstes, sonst

event. kleinere Klystiere physiologischer Kochsalzlösung). Abgesehen von der günstigen Einwirkung der Rectalernährung auf die Cardialgie und das Erbrechen, welche Symptome schon nach wenigen Tagen wie abgeschnitten sind, hielt sich der Verlust des Körpergewichts im Beginne der Krankheit innerhalb sehr enger Grenzen, und mit dem Beginn der combinirten Ernährung zeigte die Gewichtscurve einen stetigen Anstieg.

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1895, Heft 3.)

— Voinovitch hatte von der Anwendung des **Atropin** in mehreren Fällen von continuirlichem Magensaftflusse gute Resultate gesehen und versuchte desshalb das Mittel auch bei 2 Fällen von U., bei welchen die Affection seit mehreren Jahren bestand und hochgradige Ernährungsstörungen, begleitet von heftigen Schmerzen und häufigem Erbrechen zur Folge gehabt hatte, in folgender Form:

Rp.

*Atropin. sulf. 0,06*

*Aq. dest. 8,0*

M. D. S. 3 Mal tgl. 2 Tropfen.

Auffallend rasche Besserung! Nach einigen Tagen Nachlass der Schmerzen und des Erbrechens und baldiges Verschwinden dieser Symptome. Definitive Heilung nach 14 Tagen, schon mehrere Monate andauernd.

(Sem. méd. 1895 Nr. 20. —

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895, Nr. 10.)

**Vaginitis.** Einen Fall von **Haematokolpos nach Vaginitis adhaesiva ulcerosa** beschreibt Privatdoc. Dr. E. Winternitz (Tübingen, Universitäts-Frauenklinik): 62jährige Frau, welche vom 16. Lebensjahr ab regelmässig menstruirt und 8 Mal ohne Hilfe gut entbunden ist, mit 50 Jahren in die Menopause eintrat, zeigt folgenden Befund: In der Unterbauchgegend kugeliger, oberflächlich glatter, schmerzloser, fluctuirender Tumor zu fühlen, dessen oberer Rand handbreit über der Symphyse steht; Grösse, Lage, Form und Consistenz wie Uterus im 4. Schwangerschaftsmonat, geringe Beweglichkeit. Aus der Scheide fliesst blutig gefärbtes, wässeriges Secret. Scheidenschleimhaut glatt und schlüpfrig, Vaginalportion nirgends zu fühlen. Im hinteren Scheidengewölbe ein apfelgrosses

Segment des deutlich fluctuirenden Tumors. In der Scheidenschleimhaut sieht man nach Freilegung mit dem Speculum zahlreiche Petechien, Sugillationen und Ekchymosen. Ein Vaginaltheil oder ein Muttermund lässt sich nicht einstellen. Nach links hinten und oben verjüngt sich die Scheide trichterförmig und endigt blind. In der Umgebung der trichterförmigen Einziehung im Gewebe der Schleimhaut mehrere unregelmässig verlaufende Narbenzüge. Vom Mastdarm aus rechts neben dem Segment des Tumors ein zweiter derberer, eiförmiger, oberflächlich sehr schmerzhafter Tumor von Gänse-eigrösse fühlbar, der wenig beweglich ist und in den grösseren Tumor allmähig übergeht. Probepunction an der vorspringenden Stelle der hinteren Scheidenwand: Aspiration von flüssigem, chocoladebraunem Blut. Von der Punctionsstelle aus jetzt nach rechts und links Incision: Entleerung von 980 ccm jenes Blutes. Darauf Tumor verschwunden und folgender Befund: Etwa 7,5 cm vom Introitus entfernt kommt man an die, fast für 2 Finger durchgängige, ringsum von sehr straffem, derbem, narbigem Gewebe umsäumte Incisionsöffnung; Scheidenwand hier bedeutend verdickt. Dahinter noch  $2\frac{1}{2}$  cm lange Scheidenparthie, die Ansamlungsstelle des Blutes; Schleimhaut hier sehr weich, aufgelockert, verdickt, sehr blutreich. Am oberen hinteren Ende dieser Parthie die hypertrophischen Muttermundslippen fühlbar, die so aneinander liegen, dass ein Eindringen in die Cervix unmöglich ist. Uterus rechts hinten, retroflectirt, 6,7 cm lang; Perimetrium sehr schmerzhaft. — Woher kam hier die Atresie der Scheide? Alle Ursachen waren auszuschliessen, so die angeborene Atresie, die durch puerperale Nekrose und Ulcerationen (alle Geburten normal gewesen, von Wochenbeterkrankungen nicht gefolgt), solche durch Fall oder Sturz, durch ein Pessar, durch Aetzungen oder operative Eingriffe, Infektionskrankheiten, Lues. Es bleibt also nur die Vaginitis adhaesiva ulcerosa (Kolpitis senilis s. vetularum) übrig, einer hauptsächlich bei Greisinnen vorkommende Affection, welche Hildebrandt zuerst beschrieb. Symptome: Dünflüssiger, klebriger Ausfluss, mit Blutstreifen vermischt; manchmal auch Blutungen, besonders während oder nach einer Untersuchung, nach dem Uriniren, nach der Defäcation und Co-

habitation (Verwechslung mit Carcinom!). Als Folgezustände Jucken, Brennen, Excoriationen, Ekzeme an den äusseren Genitalien. Scheidenschleimhaut glatt, bedeckt mit grösseren und kleineren Petechien und Ekchymosen, an Stellen epithellos, mit grosser Tendenz zu leichten Verklebungen, aber auch zu festeren Verwachsungen bis zu ausgebreiteter Occlusion. Process meist im oberen Drittel der Scheide sich abspielend. — Unser Krankheitsbild ähnlich: blutig gefärbter Ausfluss, Petechien der Schleimhaut, Localisation. Die Diagnose also klar!

(Centralblatt für Gynäkologie 1895 Nr. 13.)



## Bücherschau.

**Diagnostisches Lexikon.** Herausgegeben von Dr. A. Bum und Dr. M. T. Schnirer. IX. Band. Wien und Leipzig 1895. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Preis: M. 14,40.

Nunmehr liegt das grosse Werk vollendet vor uns, dessen Bedeutung der Praktiker für seine Zwecke sofort erkennen wird, wenn er auch nur einige Seiten davon durchblättert. Die Diagnosenstellung ist ja unzweifelhaft der wichtigste Factor der ärztlichen Kunst, zugleich aber auch der schwierigste. Die richtige differentialdiagnostische Beurtheilung eines von der Norm weit abweichenden Krankheitsfalles ist oft geradezu ein Kunststück im besten Sinne des Wortes. Das „diagnostische Lexikon“ erleichtert uns die schwierige Aufgabe erheblich, indem es uns in Wort und Bild alles für die Diagnose resp. Differentialdiagnose irgendwie Wichtige in klarer, die praktischen Gesichtspunkte nie bei Seite lassender Darstellung vorführt und uns selbst auf Spitzfindigkeiten bei Stellung der Diagnose schwieriger Fälle aufmerksam macht, wie sie in den Lehrbüchern meist nicht verzeichnet sind. Der Schlussband des Werkes, welcher die Artikel „Residualharn“ bis „Zwitterbildung“ und „Nachträge“ enthält, bringt 124 sehr gute Illustrationen und Beiträge namhafter Autoren; Artikel wie „Skoliose“ von Landerer, „Sondirung der Harnröhre und Blase“ von Englisch, „Tabes dorsalis“ von Löwenfeld, „Urethritis“ von Lohnstein, „Uteruscarcinom“ von Kleinwächter, „Vergiftung“ von Husemann seien aus der grossen Zahl der letzteren herausgegriffen.

**Handbuch der Pathologie und Therapie.** Von Prof. Dr. H. Eichhorst. 5. umgearbeitete und vermehrte Auflage. I. Band: Krankheiten des Circulations- und Respirationsapparates. Wien u. Leipzig 1895, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 668 S. Preis: broch. M. 12, geb. M. 14.

Ein so eingeführtes, altbewährtes, hochbedeutendes Werk anlässlich des Erscheinens der 5. Auflage noch besonders empfehlen zu wollen, hiesse Eulen nach Athen tragen. Ebenso überflüssig ist es wohl, zu bemerken, dass der Autor den neuesten pathologischen und therapeutischen Leistungen unserer Wissenschaft, soweit sie bereits kritisch befestigt sind, voll und ganz Rechnung getragen hat, sodass der „alte Eichhorst“ auch wirklich wieder in jugendlich frischer Gestalt an uns herantritt. Wir begrüßen ihn freudig und wünschen ihm, er möge sich wieder zahlreiche neue Freunde erwerben!

### **Real-Encyclopaedie der gesamten Heilkunde.**

Herausgegeben von Prof. Dr. A. Eulenburg. Band VI. Wien u. Leipzig 1895. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Preis: broch. M. 15, geb. M. 17,50.

Wieder ist dies Monumentalwerk um einen Band vorwärts geschritten. Wir haben schon so häufig die Vorzüge dieses in seinem Umfang sowohl wie in seiner wissenschaftlichen Bedeutung fast einzig dastehenden lexikalischen Nachschlagewerkes rühmend hervorgehoben, dass wir uns heut wohl damit begnügen können, das Erscheinen des 6. Bandes anzukündigen und einige besonders hervorragende Artikel aus diesem Bande, der wieder einen reichen Illustrationsschmuck aufweist, zu notiren. Wir nennen hier z. B. den 90 Seiten umfassenden „Diphtherie“ (A. Baginsky), der am Schluss in der Litteraturangabe 240 Nummern enthält, „Dyspnoë“ (L. Landois), „Echinokokkuskrankheit“ (C. A. Ewald), die Riesen-Artikel „Eierstock“ (A. Martin), „Eklampsia infantum“ (Soltmann), „Ekzema“ (Kaposi), „Elektrodiagnostik“ und „Elektrotherapie“ von E. Remak (mit zusammen beinahe 1000 Litteraturangaben!), „Embryo“ (Preyer), „Embryotomie“ (Schauta) und „Endemische und epidemische Krankheiten“ (Wernich).

**Abel's Medicinische Lehrbücher.** Leipzig 1895, Verlag von J. Ambrosius Barth (Arthur Meiner).

1. **Klinische Augenheilkunde** I. Theil. Von Dr. Cl. du Bois-Reymond. 194 S. Preis M. 3,75.

2. **Der Kassenarzt.** Von Dr. J. Thiersch. 199 S. Preis: M. 3,75.

Die klinische Augenheilkunde stellt sich nicht als eine Compilation der gangbaren Lehrbücher vor, sondern es ist ein kurzes,



eigenen Gedanken und Beobachtungen des Verfassers entsprungenes, kurzes Lehrbuch, das sich selbstverständlich, dem Umfange der Abel'schen Lehrbücher entsprechend, nirgends auf Einzelheiten einlässt, sondern nur das Gebiet in grossen Zügen zur Darstellung bringt. Dem Autor ist es gelungen, ein lesbares Buch zu schreiben, das als Repetitorium und zur raschen Orientirung den Collegen gewiss die besten Dienste leisten wird. Der vorliegende 1. Theil enthält „die Erkrankungen des Sehorgans und deren Behandlung“. In einem späteren Bändchen sollen die „Sehstörungen und Sehprüfungen“ Erledigung finden. — Ein anderes Geleis, als die bisherigen Abel'schen Lehrbücher, betritt das 2. uns heut zur Beurtheilung vorliegende Bändchen, das dem Kassenpraxis betreibenden Ärzte — und wer betreibt solche heutzutage nicht mehr oder weniger? — als Wegweiser und Berather dienen soll, indem es die mannigfach auftauchenden kassenärztlichen Fragen in sachgemässer Weise erörtert und die wichtigsten Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes erläutert, ebenso des Unfalls- und Invaliditäts-Altersversicherungsgesetzes. Man findet alles, was irgendwie in diesem Gebiet von Belang ist, in dem Werkchen in klarer, präziser Darstellung angegeben, die zum grössten Theil den eigenen Erfahrungen des Autors als Kassenarzt und Mitglied der ärztlichen Vertrauenscommission ihren Ursprung verdankt. Auch der Anhang des Buches: „Der Vertrauensarzt der Lebensversicherungs-Gesellschaften“ von Dr. H. Dippe, in welchem sich uns ein Wegweiser bei der Anamnese und Untersuchung von Lebensversicherungscandidaten präsentirt, verdient lobend hervorgehoben zu werden und dürfte den Collegen eine angenehme Beigabe sein.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 11.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

---

**August**

**IV. Jahrgang**

**1895**

---

## **Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Bemerkungen

über die Behandlung geringfügiger Fingerverletzungen  
veröffentlicht Kreisphysikus Dr. W. Eysoldt (Calbe  
a. S.): Sehr häufig heilen kleine Verletzungen nur  
mit starker Functionsbeschränkung. Das ist meist  
Folge der angewandten Behandlungsweise. Selbst  
bei kleinen Verletzungen wird gewöhnlich ein fixirender  
Verband angelegt oder wenigstens man verwendet ge-  
stärkte Gazebinden, die nach dem Trocknen ebenfalls  
fixirend wirken, und zwar in der ungünstigsten Stellung,  
der gestreckten. Dass dabei Sehnenscheiden und  
Sehnen oft mit einander verwachsen, ist nicht zu  
verwundern. Dagegen sieht man oft bei alten Ar-  
beitern ausgedehnte Narben an den Fingern, von  
Functionsstörungen aber keine Spur; forscht man  
nach, so erfährt man, jene Wunden seien nicht  
ärztlich behandelt worden, sondern von Laien.  
Von Blutvergiftung hörte man damals nur selten, und  
es ist noch die Frage, ob nicht jene, wenn sie vorkam, oft  
genug nicht von der Vernachlässigung der Antisepsis,  
sondern von der primären Infection der Wunde abhing;  
denn trotz aller Verbände und Reinigung kommt auch  
heut, selbst in den Kliniken, noch Sepsis vor. Das  
hat den Autor bewogen, für manche Fälle wieder die  
frühere offene Wundmethode anzuwenden, unter Zu-  
hilfenahme von Carbol- (3%) oder Sublimatlösung  
(1‰) zu Umschlägen, die sich der Kranke selbst  
macht. Antiseptisch wirken natürlich jene Lösungen nicht,  
aber das Publikum schätzt sie sehr und glaubt sonst an

Unterlassungssünden. Bei den Umschlägen wird jedesmal das verletzte Glied etwas bewegt und dadurch der narbigen Verwachsung vorgebeugt. Ist durchaus ein Verband nöthig, wie bei Nervösen, die keine Wunde sehen können, so macht Autor einen feuchten Watteverband, mit Gummipapier bedeckt und täglich zu wechseln. Sowie die Wunde zu granuliren beginnt, legt sich der Kranke Salben (Argent. nitr., Acid. boric., oder Bals. peruv.) selbst auf, wobei wieder Bewegungen stattfinden. Immer kann man freilich nicht den fixirenden Verband entbehren, z. B. bei genähten Wunden (hier bleibt er aber nur bis zur Entfernung der Nähte, also nicht länger als 8 Tage; bei Arbeiterhänden sei man aber mit der Naht sparsam, die dicke lederartige Haut lässt sich schlecht vereinigen, sie ist so durchfurcht und mit Schmutz imprägnirt, dass völlige Reinigung und Desinfection kaum zu erzielen ist, und wird die Wunde eitrig, ist die Naht eher Hinderniss zur Heilung), bei grösseren Wunden (vor Allem tiefen; besonders am Handteller, wo die Muskellagen mehrschichtig sind und weitmaschiges Bindegewebe vorhanden ist, muss der aseptische Dauerverband applicirt werden), endlich bei Knochenverletzungen (wegen des Schmerzes, der durch einen beweglichen, gebrochenen Knochen erzeugt wird). Wo Autor aber den aseptischen Verband verwendet, macht er ihn möglichst klein (bei Verletzungen der Handfläche nicht Finger mit einwickeln!). Autor hat durch Versuche sich davon überzeugt, dass selbst durch längeres Seifen und Bürsten, Sublimat- und Carbolhandbäder u. s. w. die schwarze, dicke, rissige Fingerhaut des Fabrikarbeiters nicht aseptisch zu machen ist, auch verbietet die Verletzung, der Schmerz bei der Bewegung der Finger, eine so ausgiebige Reinigung. Wozu also ein grosser Verband? Peinlichste Sterilisation der Instrumente und der behandelnden Hände ist erforderlich, sonst aber verzichte man bei geringfügigen Fingerverletzungen, deren Umgebung man ja doch nicht bakterienfrei machen kann, lieber auf den aseptischen Dauerverband und wende offene Wundbehandlung mit Umschlägen an, weil ersterer den Nachtheil der Immobilisirung hat, ohne den Vortheil absoluter Sterilität zu gewähren!

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1895 Nr. 4.)

— Die **Desinfection der oberen Luftwege** hält S.-R. Dr. L. Fürst (Berlin) besonders bei Kindern für unbedingt nothwendig, um das Haften und Einnisten von pathogenen Keimen an den Prädilectionsstellen, Nase, Nasenrachenraum, Mundhöhle und in letzterer vor Allem den Mandeln zu verhüten. Täglich sorgsame Pflege dieser Theile vermag da viel, doch sind die neuerdings dafür empfohlenen Mittel nicht zweckentsprechend, da, wie z. B. Bonbons, solche zu verdünnt angewandt werden, auch den Nasenrachenraum und die Nase gar nicht berücksichtigen und endlich zum Herunterschlucken sind, was schliesslich für den Magen auch nicht gleichgültig sein kann. Einzig richtig ist es, mit der schwachen chemischen Wirkung milder, nicht toxischer Antiseptica die mechanische Entfernung zu verbinden, d. h. die Nase 3 Mal täglich durch Einziehen einer leicht desinficirenden Lösung (bei kleinen Kindern Injectionen!), die Mundhöhle und den Nasenrachenraum durch Gurgeln (bei kleinen Kindern Auswischen!) von event. Keimen zu befreien. Dies erreicht man durch Benützung von Tabletten (aus A. Kade's Oranienapotheke in Berlin), die Autor hat anfertigen lassen und die sich durch Billigkeit, Haltbarkeit, gute Löslichkeit in heissem Wasser auszeichnen. Die Tabletten haben folgende Zusammensetzung:

**Rp.**

*Acid. boric. 0,5*  
*Acid. salicyl. 0,05*  
*Natr. chlorat. 0,1*  
*Saccharin. 0,01*

Hierzu auf 1000,0 Masse:

*Ol. Eucalypt. gtt. V*  
*Ol. Menth. pip. 5,0*

1 Stück aufgelöst in 1 Tasse Wasser, das man natürlich erst erkalten lässt, giebt ein treffliches Gurgelmittel; ist die Tasse zu  $\frac{2}{3}$  ausgegurgelt, so füllt man sie nochmals mit Wasser und benützt diese schwächere Lösung für die Nase. So sollte 3 Mal täglich Jahr aus Jahr ein eine Toilette der der Invasion von Keimen so leicht ausgesetzten Theile stattfinden! Auch die Diphtherie würde sicher dann seltener und ungefährlicher werden, wie Autor nach den günstigen Erfahrungen, die er bereits gemacht hat, schliesst.

(Therap. Monatshefte 1895 Nr. 6.)

- Behufs **Sterilisirens der Instrumente** wird bekanntlich am besten 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Sodalösung verwandt. Gepulverte Soda des Handels kann nicht gebraucht werden, da dieselbe vielfach verunreinigt ist, hauptsächlich mit Glaubersalz. Das Medicin. Waarenhaus (Berlin N. Friedrichstr. 108) bringt nun Gläser mit 250 gr gepulverter Soda in den Handel, die mit einem Hohlstöpsel versehen sind; letzterer ist als Maassglas (5 gr) zu benützen, sodass die darin enthaltene Menge gerade für 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Liter genügt. Preis zusammen: — 75 Pfg.

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1895 Nr. 16.)

- **Wasser mittelst Hitze sterilisiren**, ohne es seiner Gase dabei zu berauben und die Fällung der Kalksalze zu bewirken, kann man dadurch, dass man das betreffende Wasser in starkwandigen, mit Patentverschluss versehenen Flaschen (Bier- oder Seltersflaschen) in ein Wasserbad bringt und dieses auf 100 Grad erhitzt. Hält man die Temperatur während 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunde, so ist die Sterilisation sicher beendet, wobei das Wasser ganz klar und die Salze in Lösung geblieben sind.

(Zeitschrift für Krankenpflege 1895 No. 5.)

**Aphthen.** Die **Aphthen am weiblichen Genitale** beschreibt Prof. Dr. J. Neumann (Wien). Sie verdienen die Beachtung des Praktikers schon in differentialdiagnostischem, event. auch gerichtsärztlichem Interesse (Verwechselung mit venerischen Geschwüren!). Autor beobachtete in seiner Klinik eine grössere Anzahl von Fällen in den letzten Jahren, meist bei Individuen jüngeren Alters (7 im Alter von 17—27 Jahren, darunter 3 Virgines, eine 34jährige und eine 48jährige Frau, ausnahmslos Leute, die in schlechten Lebensverhältnissen sich befanden, in Stallungen auf Stroh oder in feuchten Wohnungen schliefen. Diese A. unterscheiden sich beträchtlich von denen der Mundschleimhaut. Bei jenen kommt es meist zu tiefgreifenden Ulcerationen, die viel häufiger zur Beobachtung kommen, als aphthöse Primärefflorescenzen. Sie treten ferner an Stellen auf, welche nicht mehr die Textur der Schleimhaut, sondern die der allgemeinen Decke aufweisen (Introitus vaginae, Innenfläche der kleinen, häufiger der grossen Labien, Praeputium clitoridis, bis gegen die Genitocruralfalte, Perineum und After). Prägnant und typisch die Efflorescenzen in frischen Fällen an der Innenfläche der

kleinen Labien, bei jungen virginalen Individuen, dergleichen an der Schleimhaut der Vulva, am Urethralwulst, an den Vaginalcolumnen, endlich an der Portio vaginal. uteri. Hier scharf umschriebene, halblinsen- bis linsengrosse, mitunter auch kleinere, mohnkorn-grosse, punktförmige, im Niveau der Schleimhaut situierte, mit einer gelblichen oder gelblichweissen Exsudatschicht belegte Efflorescenzen, in deren Umgebung die Schleimhaut bis auf mehrere Millimeter Breite geröthet erscheint: sie sind vereinzelt oder confluirend zu grösseren Bändern und Plaques. Bei Ulcerationen geringeren Umfanges sieht man scharf umschriebene, seichte Geschwüre mit einem dünnen, faserstoffartigen Belag an der leicht drüsigen Basis, Rand scharf markirt, meist gar nicht oder nur leicht unterminirt, im Gegensatz zu venerischen Geschwüren, die ja einen speckigen, reineiterigen, leicht und vollständig abstreifbaren Belag, steile, stets weit unterminirte Ränder und bedeutendere Entzündungserscheinungen der Umgebung aufweisen; leichter jedoch Verwechselung, wenn der Zerfall der A. stärker, der Rand abgehoben und weiter unterminirt ist, also nur die Art des Belages differirt. Dann auch Verwechselung mit gummösen Geschwüren möglich, wie sie bei Weibern, besonders fettleibigen, vorkommen; diese aber häufiger an der hinteren Commissur oder an der Vaginalschleimhaut, auch mehr vereinzelt oder in geringerer Zahl, als die A.; auch bei den gummösen Geschwüren Rand meist unterminirt, aber Belag dünner, viscid, leichter abstreifbar, auch wird man am Rande und in der Nachbarschaft dieser Geschwüre die charakteristischen papillären und hahnenkammartigen Fortsätze und Wucherungen nie vermissen oder wenigstens angedeutet finden, die eben für die tertiärsyphilitischen Geschwüre am Genitale, sowie an der Rectalmündung fast pathognomonisch sind. Leichter Verwechselung mit tuberculösen Geschwüren; hier Gesamthabitus, andere Erscheinungen der Tuberculose maassgebend, ebenso das Aussehen der Ulcera (schmutziggrauer Belag, am Rand meist miliare Tuberkel, torpider Charakter) und ihr langer Bestand. Bei recenten A. kommen differentialdiagnostisch in Betracht: der Herpes pro genitalis und der ausserordentlich selten am Genitale localisirte Herpes iris und circinatus, Eruptionen von Pemphigus und gewisse der

annulären Roseola an der Haut entsprechende Formen zerfallener syphilitischer Papeln. Die Efflorescenzen des Herpes pro genitalis an der Vulva und den kleinen Labien kommen gewöhnlich in sehr grosser Zahl vor, oft 40—50 meist stecknadelkopfgrosse Bläschen oder, noch häufiger, zahlreiche, ebenso grosse, ausserordentlich scharf abgesetzte, kreisrunde, mit Belag versehene oder nicht-belegte, oberflächliche Substanzverluste, an deren Peripherie noch ein zarter Epithelsaum vorhanden sein kann. Die Eruption aphthöser Efflorescenzen ist entweder eine singuläre oder es folgen weitere Nachschübe, die sich oft über mehrere Tage hinziehen können; die späteste vom Autor beobachtete Eruption fand am 18. Krankheitstage statt. Das Hervortreten von Efflorescenzen in der Regel von Fieber begleitet, und bei neuen Eruptionen steigt die Temperatur wieder an und stellen sich die gewöhnlichen concomitirenden Erscheinungen des Fiebers ebenfalls ein. In einem Falle mit ausgedehnten, bis zur Crena ani reichenden Ulcerationen betrug die Temperatur 40°, es waren grosse Prostration, Schmerzen längs der Röhrenknochen vorhanden, so dass die Affection fast wie acute infectiöse Osteomyelitis aussah. Manchmal Eiweiss im Harn, auch Aceton. In einem Fall waren A. wiederholt aufgetreten, und zwar jedesmal intra partum. Zu erwähnen ferner die Erscheinungen an der allgemeinen Hautdecke, die manchmal die A. begleiten: eine dem Erythema multiforme entsprechende Hautaffection mit Bläschen- und Pustelbildung, manchmal ein reines Erythema nodosum; in allen diesen Fällen kommt es im Verlauf der Krankheit zu neuen Eruptionen von Erythemefflorescenzen neben denen von A. an der Mundschleimhaut und dem Genitale, wobei das Erythem die Schleimhautaffection um einige Tage überdauert. Die Entstehung dieser Hauteruptionen ist wohl dieselbe, wie bei irgend einer Eiterretention im Körper, die hier von den aphthösen Efflorescenzen her erfolgt.

(Wiener klin. Rundschau 1895 No. 19/20.)

**Blutungen.** Prof. Störk spricht über B. aus dem Rachen und citirt einen wegen „Haemoptoë“ behandelten Fall. Patient hatte Morgens immer Blut im Mund. Hinter der Uvula fand man als Quelle der B. eine Gefässramification. Verödung derselben mittelst Salpeter-

säure. — Prof. Chiari behandelte einen 75 jährigen Mann, der an B. aus dem Munde litt; es zeigten sich am harten Gaumen Petechien als Ursache der B. — Dr. Hajek beobachtete eine Frau, die wiederholt durch Würgen Blut entleerte und von verschiedenen Aerzten wegen Lungen- resp. Magenblutung behandelt worden war. Das Auffallende war dabei, dass die B. gewöhnlich im Verlaufe der Mahlzeiten auftraten, wesshalb auch Autor vermuthete, dass die Ursache der B. in den obersten Schluckwegen zu suchen sei. Nach wiederholter Untersuchung nun entdeckte er an einer Vene des Zungengrundes ein Blutgerinnsel, und durch dessen Entfernung wurde eine intensive Blutung hervorgerufen. Nach Stillung der letzteren durch Andrücken von Wattebäuschchen ätzte Autor die Stelle mit Chromsäure in Substanz, worauf die Blutung stand. Es mag wohl des Öfteren vorkommen, dass bei derartigen B. ein kleines, lädirtes, oberflächlich gelegenes Blutgefäss die B. erzeugt und da dessen Entdeckung oft nicht leicht gelingt, Lungen- und Magenblutungen diagnosticiert werden!

(Wiener laryngolog. Gesellschaft, 4. April 1895. — Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 19.)

- Dr. Hecht (Beuthen O.-S.) hat das **Dermatol als Haemostaticum** vielfach mit bestem Erfolge angewandt, und zwar zuerst auf der Conjunctiva bei 2 Fällen von gestielten Conjunctivalpolypen im äusseren Augenwinkel; in beiden Fällen nach Durchschneidung des Stieles Blutung, die erst stand, als Dermatol in den Conjunctivalsack gestreut wurde. 3. Fall Schussverletzung, bei der ein kleines Schrotkorn das untere Augenlid durchbohrt und in die Conjunctiva bulbi sich festgesetzt hatte; hier ebenfalls Dermatol von guter Wirkung. Bei starken B. muss man das Mittel durch einen Wattetampon in comprimirender Weise appliciren, damit dasselbe nicht fortgeschwemmt werde. Bei einem Riss in der Zunge (2 cm lang,  $1\frac{1}{2}$  mm tief), wo (Naht verweigert!) Compression allein, Liq. ferri nicht wirkten, stand die Blutung erst auf Application von Dermatol (auf collodiumdurchtränkter Watte in dicker Schicht), ebenso bei einer Nachblutung nach Zahnextraction, wo ebenfalls Wattetamponade der Alveole allein und Liq. ferri nutzlos waren. Auch bei Entfernung von Fibromen des Zahn-



fleisches zeigte sich Dermatol als vorzügliches Styp-ticum, dergleichen bei Operation des Unguis incarnatus. Auch bei einer grösseren Anzahl von Verletzungen zeigte das Mittel solche Wirkung, während die Compression allein nichts nützte. Vor etlichen Wochen stillte Autor eine Zahnblutung, die trotz wiederholter Tamponade seitens eines Zahnarztes bereits 5 Tage andauerte, mit Dermatol, dem er diesmal, um das Haftenbleiben zu erleichtern, etwas Pulv. gummos. zugesetzt hatte.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 6.)

**Fracturen und Luxationen.** J. P. zum Busch (London, German Hospital) hat die **ambulatorische Massagebehandlung der Kniescheibenbrüche**, die er bei Kraske in Freiburg kennen gelernt, in den letzten 3 Jahren bei allen seinen Fällen (11) angewandt und bei sämtlichen (10 Mal Querbruch, 1 Mal Sternbruch) sehr günstige Endresultate erzielt; die Patienten, die gar nicht zu Bette liegen brauchten, waren nach kurzer Zeit wieder vollkommen arbeitsfähig und blieben von späteren Verschlechterungen bewahrt. Die Behandlung war folgende: Sofort nach der Aufnahme, d. h. gleich nach erfolgter Verletzung Massage; durch sanftes Streichen mit beiden Händen Entfernung des Blutergusses aus dem Gelenk (Schmerzhaftigkeit bei vorsichtiger Massage ganz unbedeutend), dann Massage der Muskeln des Ober- und Unterschenkels in der gewöhnlichen Weise. Das Bein wird auf eine Schiene gelegt, das eingewickelte Knie mit einem Eisbeutel bedeckt. Am folgenden Morgen von Neuem Massage, Nachmittags muss Pat. aufstehen (bei sehr ängstlichen Pat. Einhüllung des Knies mittelst Flanellbinde und für 1—2 Tage Krücke); meist ist er schon am 2. Tage im Stande, mit Hilfe eines Stockes zu gehen. Nun 2 Mal täglich Massage. Nach Verlauf einer Woche muss Pat. Treppen steigen. Bluterguss und Diastase verringern sich ausserordentlich schnell, Muskelatrophie zeigt sich nie! Nach 4 Wochen stets Arbeitsfähigkeit; Pat. sind im Stande, ihr Bein zu beugen und zu strecken, ohne Anstrengung zu marschieren und Treppen zu steigen. 10 Mal bindegewebige Heilung, 1 Mal knöchernerne.—Dieselbe Behandlung schlägt Autor bei **Fracturen des Olecranon** ein und ist mit den Endresultaten ebenfalls sehr zufrieden.

(Centralblatt für Chirurgie 1895 No. 19.)

— Albers stellt 2 Patellarfracturen vor, welche zeigen, wie eine sorgfältige, lange Zeit fortgesetzte Nachbehandlung ideale Erfolge zeitigen kann:

1. 44jähriger Rollfuhrmann erlitt in der Nacht vom 14./15. November 1894 durch Fall bei Glatteis einfachen Querbruch der rechten Kniescheibe. Am 15./11. Aufnahme in die Charité. Diastase der Bruchenden 3—4 mm; bei Berührung derselben deutliche Crepitation. Durch Punction mit weitem Troicart Entleerung von 60 ccm flüssigen Blutes aus dem Gelenk. Anlegung eines von den Knöcheln bis handbreit über die Mitte des Oberschenkels reichenden, direct auf die Haut gelegten Gypsleimverbandes, in welchen am 17./11. ein grosses Fenster geschnitten wird, durch das die Vorderfläche des Kniegelenkes frei zu Tage tritt. Heftpflaster-Testudo, welche die Bruchstücke fest gegen einander drückt. Mit diesem Verbande steht Pat. sofort auf und geht ohne Stützmittel herum. Nach Ablauf von 8 Tagen Entfernung der Testudo, Bewegungen der Patella bei Zusammendrücken ihrer Fragmente, dann Erneuerung des Heftpflasterverbandes. Am Ende der 3. Woche nach dem Unfall Fragmente fest mit einander vereinigt. Von jetzt an kein Heftpflasterverband mehr, Spaltung des Gypsleimverbandes vorn der Länge nach und Abnahme desselben. Tägliche Massage des 2 cm Umfangsdifferenz aufweisenden Quadriceps, gleichzeitig Beginn vorsichtiger activer und passiver Beugeversuche im Kniegelenk; nach Ausführung dieser Maassnahmen wieder Anlegung der Gypsleimkapsel. Pat. geht mit dem Verbande umher. Ende der 5. Woche Beugung des Knies bis zu einem Winkel von  $90^0$  möglich. Jetzt bleibt auch die Kapsel fort, die Massage wird bis heut fortgesetzt. Rückkehr zur Norm ist dadurch im vollen Umfange erreicht worden!
2. 43jähriger Arbeiter erlitt am 19./2. 1886 einen Querbruch der rechten Kniescheibe und wurde in einem Krankenhause bis 15./3. mit Gypsverbänden behandelt, worauf er mit consolidirtem Bruch, aber steifem Gelenk entlassen wurde. 3 Tage später in Folge Falles Recidiv der Fractur, deren Vereinigung mehrere behandelnde Aerzte nicht erreichen konnten.

Pat. trug später eine das Knie in gestreckter Stellung festhaltende Kapsel, ging mittelst Stockes. August 1894 in einer Klinik die weit auseinandergerückten Fragmente durch einen operativen Eingriff vereinigt; die Verbindung brach bei einem Transport, Status quo ante. Wieder Benützung der Lederhülse. October 1894 Aufnahme in die Charité. Rechter Quadriceps völlig geschwunden, Diastase der Fragmente bei gestrecktem Knie 7—8 cm, bei gebeugtem 11—12 cm, active Streckung unmöglich. Herstellung eines Streckapparates, welcher die Function des Quadriceps ersetzen sollte: „Den Unterschenkel umschliesst eine von den Knöcheln bis zu den Condylen der Tibia reichende, abnehmbare und mit Schnürvorrichtung versehene Gypsleimkapsel, welche durch einen Steigbügelriemen in ihrer richtigen Lage erhalten wird. Vorn trägt die Kapsel einen Bügel von Telegraphendraht, der Bügel hat eine Höhe von 2 cm, eine Breite von 6 cm; er wurde mittelst leimgetränkter Flanellbinden an der Kapsel befestigt. Durch diesen Bügel ist ein breiter elastischer Gurt geführt, dessen eines Ende an einem über die Schulter der gesunden Seite laufendes Bandolier befestigt ist, während das andere Ende des Gurtes in einen Lederriemen ausläuft, welcher an dem Bandolier festgeschnallt werden kann. Um das untere, die Befestigung des elastischen Gurtes tragende Ende des Bandoliers in der richtigen Lage an der Vorderseite des Oberschenkels zu erhalten, ist dasselbe mit einer den obersten Theil des Oberschenkels umgreifenden Manchette versehen. Der elastische Gurt kann mehr oder weniger stark angezogen werden; der Pat. selbst kann sich auf diese Weise den Grad der zum Ersatz des Quadriceps erforderlichen Spannung leicht selbst regeln.“ Mit diesem, unter der Kleidung getragenen Apparat ging Pat. fleissig herum, sofort ohne Stock, wobei das sonst beim Gehen steif gehaltene Gelenk der Norm entsprechend flectirt und gestreckt wurde. Bereits nach 8 Wochen war Pat. im Stande, ohne Apparat zu gehen, da sich unterdessen der Reservestreckapparat des Knies ausgebildet hatte, bestehend aus dem Tensor fasciae latae und dem Vastus internus, von denen Faserzüge in die Cruralfascie übergehen. Diese

Muskeln bildeten sich immer mehr aus, ohne Massage und Elektrizität, lediglich durch den Gebrauch des Gehapparates, den Pat. jetzt nur noch benützt, wenn er lange Zeit umhergehen oder Treppen steigen will.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte 1895, am 7. Februar. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 22.)

- Adolf Schmitt lässt sich über **Fersenbeinbrüche** aus: Bei den zahlreichen, zum Zwecke der Unfallbegutachtung vorgenommenen Nachuntersuchungen fand sich sehr oft, dass statt der Anfangs diagnosticirten „Prellung“ oder „Zerrung“ im Fussgelenk zweifellos ein Bruch des einen, zuweilen auch beider Fersenbeine vorlag. Der frische Bruch wird so häufig verkannt, da seine Symptome oft wenig augenfällig sind, und die Verletzten kommen später in den Verdacht der Simulation oder Uebertreibung, bis die bei älteren Fracturen oft sehr charakteristischen, bleibenden Veränderungen (Verbreiterung der Fersengegend um 1—2 cm, Ausfüllung der Furchen zu beiden Seiten der Achillessehne, Tiefstand der Knöchel, behinderter Gang, Jahre lang bestehende Druckempfindlichkeit, Atrophie der Unterschenkelmuskeln, Stellungsanomalieen des Fusses u. s. w.) auf die richtige Diagnose führen. Erfolge der Therapie meist schlecht; hochgradige Veränderungen in der Fersengegend, Stellungsanomalieen, schwere Functionsstörungen des Fusses, starke Druckempfindlichkeit meist lange Zeit bestehend, oft dauernd, die Arbeitsfähigkeit bedeutend einschränkend. Bei Nachuntersuchungen von Unfallverletzten, die eine Verletzung des Fusses erlitten haben, muss daher stets auf etwa vorhandene Veränderungen an den Fersen, die oft erst längere Zeit nach der Verletzung deutlich hervortreten, sorgfältig geachtet werden! Die Fersenbeinbrüche sind zweifellos weit häufiger, als man bisher annahm!

(Aerztl. Verein München, 15. Mai 1895. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 22.)

- Albers bekam mehrere **nicht geheilte Rippenfracturen** zur Behandlung. Ueberall dasselbe Bild: Bruch der 6. oder 7. Rippe, der anscheinend gut geheilt war. Bald jedoch Schmerzen an der Fracturstelle. Behandlung

Jahre lang, Verdacht der Simulation. Autor legte die Bruchstellen frei und entdeckte, dass überhaupt nie Heilung eingetreten war, indem abgesprengte Knochensplitter dazwischen lagen oder die Fracturenden so lagen, dass Consolidation nicht möglich war. Resection, Heilung.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin, 16. Mai 1895. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1895 No. 46.)

- Prof. Kraske (Freiburg i/B.) hat eine sehr seltene Verletzung, die **Luxation der Peronaeussehnen** 4 Mal beobachtet. Sie tritt ein, wenn der leicht supinirte und plantarflectirte Fuss durch einen plötzlichen Zug an den Peronaeusmuskeln in die extendirte und abducirte Stellung hineingerissen wird; es handelt sich also lediglich um Muskelaction, die sehr selten sich bei stärkerer Gewalteinwirkung geltend macht, meist bei einen Sprung aus mässiger Höhe, beim Tanzen oder beim ruhigen Gehen erfolgt, offenbar dadurch, dass der Fuss, der nach innen umzukippen droht, durch eine heftige Contraction der Wadenbeinmuskeln in der richtigen Stellung erhalten werden soll (in einem der vom Autor beobachteten Fälle wollte der Verletzte, durch ein Pferd gestossen, im Umfallen sich auf den Füßen erhalten). Die Verletzung kann nur zu Stande kommen, wenn der feste, die Fascie verstärkende Bandstreifen zerreisst, welcher als oberes Retinaculum die Sehnen in der hinteren Furche des Knöchels festhält, ebenso muss die eigentliche Sehnen-scheide zerreißen, und da es eine gemeinsame Scheide ist, welche im Bereich des Knöchels die Sehne umgiebt, so handelt es sich meist auch bei der Luxation um Peronaeus longus und brevis. Die Verletzung ist leicht zu diagnosticiren, aber sehr schwer zu behandeln, da in der Mehrzahl der Fälle die Luxation habituell wird und manche Kranke überhaupt erst mit dem veralteten Uebel zum Arzte kommen; sie haben, obwohl sie beim Unfall einen plötzlichen, äusserst heftigen Schmerz fühlten und vielleicht auch mehrere Tage liegen mussten, die Verletzung nicht weiter beachtet und sind erst später durch die bleibende Functionsstörung, Schmerzen, rasche Ermüdung und grosse Schwäche des Fusses und durch den abnormen, unter einer lästigen Empfindung und einem hörbaren Geräusche sich verschiebenden Strang ver-

anlasst worden, sich untersuchen zu lassen. Bei ganz frischen Fällen kann man ja fixirende Verbände versuchen, bei älteren aber kann man nur durch geeignete Bandagen und besondere Stiefel das allzu häufige Eintreten der Luxation einschränken, aber nur durch Operation event. Heilung schaffen. Autor legte bei einer seit  $1\frac{1}{4}$  Jahr bestehenden habituellen Luxation beide Sehnen durch einen den Malleolus umkreisenden und einen zweiten vom hinteren Umfange des Knöchels nach der Mitte der seitlichen Calxfläche gehenden Schnitt die Sehnen frei, bildete aus dem Malleolus einen längsverlaufenden,  $3\frac{1}{2}$  cm langen und  $\frac{3}{4}$  cm breiten rechteckigen Periostknochentappen, dessen Basis etwa  $1\frac{1}{2}$  cm von der Malleolenspitze zu liegen kam, schlug diesen bandförmigen Lappen, wie eine Binde beim Renversé, rechthöckig um und befestigte ihn, die äussere Periostfläche nach einwärts, mit seiner Spitze an das den Calcaneus bedeckende Gewebe, worauf er darüber die Hautwunde vollständig schloss. Vortreffliches Resultat! Nach 3 Wochen konnte Pat. gut gehen; jetzt, nach 3 Monaten, Sehnen durch ein festes, fühlbares Retinaculum sicher an ihrem Platz befestigt, ohne in ihrem freien Spiel behindert zu sein, auch bei den stärksten Bewegungen, die der Fuss nach allen Richtungen hin macht, stellt sich eine Verschiebung nicht ein.

(Centralblatt für Chirurgie 1895 No. 24.)

**Haemoglobinurie.** Mankiewicz beobachtete einen Fall von H. bei einem  $2\frac{3}{4}$  Jahre alten Knaben, der bis auf eine Balanitis mit Verklebungen der Oberfläche der Glans mit dem inneren Blatt des Praeputiums gesund ist und aus gesunder Familie stammt. In diesem Winter hat er zum 4. Male nach einem kurzen Aufenthalt in frischer Luft erst Frost, dann Hitze und Fieber, darauf Schweiss und als Schluss des ganzen Vorganges blutrothen Harn bekommen, der sehr viel Eiweiss, viele grosse gekörnte Cylinder, ganz spärlich rothe Blutkörperchen enthält und spektroskopisch Haemoglobin aufweist. Letzteres wird durch den Harn ausgeschieden bei Einführung von Haemoglobin, lackfarbenen Blutes, von Blut anderer Thierspecies, von Hühnereiweiss, Aether, Galle, Gallensäuren, blutwarmen Wassers, Glycerin in das Gefässsystem eines Warmblüters, bei Vergiftung mit Arsenwasserstoff, Salzsäure, Schwefelsäure, Phosphor, Carbol, Naphthol,

Pyrogallussäure u. s. w., bei Infectiouskrankheiten (Typhus, Scarlatina, Septicämie, schwerer Lues), nach Genuss von Morcheln, nach Strapazen, nach Aetzungen mit dem Thermokauter, nach der rituellen Circumcision, nach Genuss der Herbstzeitlose (vom Vieh), bei Neugeborenen (Winckel'sche Krankheit). Die räthselhafteste Form der H. ist die durch Erkältung bedingte, wie sie hier vorliegt. Die Therapie muss sich darauf beschränken, das Individuum vor raschen Temperaturdifferenzen zu schützen und den Körper zu kräftigen.

(Hufeland'sche Gesellschaft in Berlin, 4. April 1895. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1895 No. 37.)

- Hofrath Dr. Cnopf (Nürnberg) theilt einen **Fall von H. bei einem 4 $\frac{1}{2}$  Jahre alten Kinde** mit: dasselbe erkrankte zuerst an leichten Masern, in der 2. Woche complicirt durch katarrhalische Pneumonie. In der 3. Woche kam Scarlatina hinzu, die in der 2. Woche durch Hinzugesellen einer schweren Nephritis ihren leichten Charakter verlor. Nach 8 wöchentlicher Dauer der Nephritis, als diese dem Verschwinden nahe war, trat H. auf, begleitet von Peptonurie. Obwohl diese in 14 Tagen fast vollständig verschwunden, muss doch die H. als schwere Alteration des Blutes betrachtet werden, die höchstwahrscheinlich Folge des Scharlachs war. Höchst bemerkenswerth ist es, dass letzterer nach so langer Zeit (über 2 Monate) solch schwere Einwirkungen auf das Blut zur Folge haben kann!

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 19.)

**Intoxicationen.** Einen **Fall von Antipyrin-Idiosynkrasie** theilt Ruge mit. Patientin mit leichter Polyarthrits rheumatica bekam 3 gr Antipyrin pro die. Anfangs Besserung, dann aber wieder Verschlimmerung. 10 Tage später erhielt sie 4 gr und am 11. und 12. April 5 gr Antipyrin. Schon am 7./4. Milzschwellung, am 11./4. Temper. 38,6°, Tags darauf 39° und 39,5°, dazwischen Remissionen. Athmung am 12./4. bis 60, Puls 108, zugleich erhebliche Milzschwellung, starke Schwäche, Gesichtsschwellung, Röthung der Schleimhäute. Antipyrin ausgesetzt, Calomel ordinirt. Kritischer Abfall der Temper. um 3°. Am 17./4. Exanthem an den Streck-

seiten der Vorderarme und in der Glutäalgegend; Flecke prominent, zum Theil confluirend. Milzschwellung ging erst am 25./4. zurück, das Exanthem blasste nach 4 Tagen ab. Pat. bekam wieder Antipyrin. Nach dem 1. Gramm wieder Fieber, Milzschwellung, Röthung des Gesichts und der Schleimhäute. Nach Verschwinden dieser Symptome nochmaliger Versuch mit Antipyrin: nach 1 gr, trotzdem die Hälfte davon ausgebrochen wurde, die gleichen Erscheinungen! — Senator berichtet von einem ähnlichen Fall, bei dem die mannigfachsten Schleimhautaffectionen besonders hervortraten. Ein junges Mädchen hatte wegen leichter Influenza in 3 Tagen 5 gr Antipyrin erhalten. Temperatur 40°, unter grosser Unruhe Brennen in verschiedenen Schleimhäuten, urticariaähnliches Exanthem, croupös-diphtheritisch-vesiculöse Erkrankung der Zunge, Schwellung der Lippen und Blasen- resp. Borkenbildung daselbst. Immer neue Eruptionen wochenlang. In der Litteratur sind vereinzelte solcher schweren Antipyrinstomatitiden verzeichnet!

(Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin, 16. Mai 1895. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1895 No. 46.)

- Dr. Leopold Müller berichtet über folgenden Fall von **chron. Bleivergiftung**: Patientin erkrankte vor mehr als 2 Jahren an Bleichsucht, starker Abmagerung und allgemeiner Schwäche. Auf Eisentherapie Besserung des Allgemeinzustandes, aber nicht der Bleichsucht. August 1894 stellten sich leichtes Erbrechen grünlicher Massen, harte Spannung des Abdomens ein, ferner ziehende Schmerzen in den Extremitäten. September 1894 Nachts plötzlich Schmerzen im Hinterkopf von grosser Heftigkeit. Damals auch zuerst Ablenkung des einen Auges in den inneren Winkel bemerkt. Aerztlich wurde „Tumor cerebri“ diagnosticirt, zumal ophthalmoskopisch Stauungspapille festgestellt wurde. Im Laufe der folgenden Monate Kopfschmerzen besser, verschwanden aber nicht ganz, ebensowenig die Schmerzen in den Gliedern, die Appetitlosigkeit, Abmagerung und Anämie. Status praesens: Pat. stark abgemagert und blass. Leichter Tremor der oberen Extremitäten. Am linken Rande und der unteren Fläche der Zunge blaugraue



Punkte und Streifen, dergleichen an der Lippen- und Wangenschleimhaut, sowie am Rande des Zahnfleisches. Patellarreflexe fehlen. Tumor hepatis et lienis, Ren mobilis. Fast vollständige Lähmung des linken und geringe des rechten Rectus externus. Pupillen weit, die linke reagiert nur wenig, die rechte gar nicht auf Licht. Linke Papille blassgrau, durchscheinend, Grenzen verwaschen, mässige Schwellung ihres Gewebes, das sich wenig in die umgebende Retina erstreckt, Ränder nicht steil abfallend. Rechts Papille etwas stärker geschwollen, Verwaschensein des Papillengewebes ausgesprochener. Einzelne kleine Blutungen in der Nähe der Papille. In der Macula 10—15 vertical gestellte, ungemein kleine, intensiv weisse, stark glänzende Punkte. Urinbefund negativ. Rechts Amaurose, links Handbewegungen vor dem Auge erkennbar. Ursache der Erblindung also eine im Rückgang begriffene Neuritis optica saturnina. Als Quelle der Bleivergiftung entdeckte man ein Kosmeticum: Pat. hatte seit Jahren „Elisabethinerkugeln“ zum Einreiben der Wangen benutzt, eine Mischung von geschlämmter Kreide, Bleiweiss (37%), Alaun und Campher. Die eingeleitete Therapie (Jodkali, tägliches Bad) bewirkte bereits bedeutende Besserung: die Arthralgien und Cephalalgien hörten auf, das Sehvermögen nahm zu (rechts schon Lichtempfindung, links Finger in 1 m gezählt). — Der Fall ist in vielfacher Beziehung interessant. Zunächst zeigt er gegenüber der Angabe von Nothnagel-Rossbach „kein Bleipräparat wird von der unverletzten Haut aus in das Blut aufgenommen, entgegenstehende Angaben, z. B. bei Bleischminken, entbehren der gründlichen Beobachtung“, dass dies doch der Fall sein kann. Das Fehlen von Obstipation, Kolik, Lähmung und Schwund der Extremitätenmuskeln, dafür Vorhandensein von Schwellung der Leber, Nieren, Milz, das Vorwiegen der Cephalopathie sind interessante Momente. Auffallend auch der blaugraue Belag an der Zunge wegen dieser seltenen Localisation des Bleisaumes. Die Verwechselung mit Hirntumor endlich, der sehr erklärlich erscheint, muss hervorgehoben werden. Autor betont, es dürfte der Handverkauf von Präparaten, die Blei in so grosser Menge enthalten, ohne dass ihr Bleigehalt durch Bezeichnung be-

kannt gemacht sei, in Apotheken und Droguerieen nicht gestattet sein.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 16. Juli 1895. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 25.)

- Thierexperimente, von Dr. S. Szöcs (Klausenburg, pharmakolog. Institut) angestellt, um den Werth des **Kal. permang. als Antidot bei Phosphorvergiftung** festzustellen, führten zu solch negativen Resultaten, dass Autor die Anwendung jenes Mittels absolut nicht befürworten kann, vielmehr räth, bei dem weit verlässlicheren Mittel, dem Cupr. sulfur. zu bleiben.

(Orvos.-term. Ertesítő orvosi szak 1895 Heft I. —  
Pester med.-chirurg. Presse 1895 No. 24.)

- Prof. L. Lewin (Berlin) bespricht **die ersten Hilfeleistungen bei Vergiftungen**. Hauptsache sei: Entfernung des Giftes aus dem Körper, d. h., da die I. meist vom Magen aus stattfinden, Entleerung des Magens von seinem gefährlichen Inhalt. Es giebt eine Reihe von I., bei denen, selbst wenn der Magen verätzt ist und schwere Allgemeinerscheinungen, wie Krämpfe, Bewusstlosigkeit u. s. w. aufgetreten sind, eine zuverlässige Befreiung des Magens von seiner Giftquelle volle Wiederherstellung herbeiführt; z. B. Carbonsäurevergiftung. Freilich ist Zeit der Maassnahme und Art des Giftes hier maassgebend: bei Blausäurevergiftung wird es schon nach 5—10 Minuten meist zu spät sein, was bei Phosphor- oder Nitrobenzol- oder Bleizuckervergiftung noch nach  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde grossen Nutzen schafft. Immerhin kann selbst in Fällen, in denen bereits ausgesprochene Vergiftungssymptome vorhanden sind, die Magenreinigung vorgenommen werden in der Hoffnung, noch, wenn auch nur Spuren resorptionsfähigen Giftes zu entfernen; und auch muss sie vorgenommen werden, wo das Gift subcutan oder z. B. in eine Ovarialcyste eingespritzt wurde, und von diesen Orten aus, wie es Morphin, Jod und viele andere Stoffe thun, ihren Eliminationsweg in den Magen genommen haben. Manchmal I. schon spontan zu Erbrechen führend; das heisst aber nie: der Magen wird dadurch ganz vom Gift befreit; denn es giebt Gifte, wie z. B. Phosphor oder Schweinfurter Grün, die der Magenwand adhären und in Folge dessen nicht mit dem Er-

brochenen herausgebracht werden. Hier hilft natürlich auch ein Brechmittel nicht, sondern ist Ausspülung des Magens das einzig Zweckmässige. Hierbei für den Arzt die Magenpumpe nicht geeignet: sie ist zu schwer, wird bei langem Liegen am Stempel undicht, kann mit ihrem starrwandigen Katheter bei schon vorhandenen Läsionen des Oesophagus oder Magens schweren Schaden stiften. Einfaches Verfahren: Einführung eines etwa  $2\frac{1}{2}$  m langen, elastischen, starkwandigen Gummischlauches von 8—10 mm Lumen, an dessen einem Ende, wie an einem gewöhnlichen Heber, eine weich- oder hartwandige Saugevorrichtung für den Mund vorhanden ist (letztere aber nicht nöthig; denn ist einmal der Schlauch in den Magen eingeführt, so kann man mit dem Mund Wasser einfüllen und heberartig ablaufen lassen.) Noch rationeller ein „Ventilball“, der nach Belieben drückt und saugt und wenn aus gutem Gummi (amerikanischem!) verfertigt, sich viele Jahre unverändert hält. Er besitzt Metallansätze, um Schläuche daran zu befestigen; der Schlauch der einen Seite endigt in einem Wasserbehältniss, der andere, möglichst lange, wird in den Magen eingeführt. Durch Drücken wirft man aus dem Wasserreservoir Flüssigkeit in den Magen und kann sehr leicht, wenn dies genug ist, durch Umdrehen des Balles den Mageninhalt ansaugen, nach schneller Entfernung des Balles den Schlauch als Heber wirken lassen oder den Ball vollsaugen lassen und ihn nach Entfernung des Ansatzstückes entleeren. Selbst bei Bewusstlosen lässt sich diese Methode leicht ausführen; besteht Trismus und ist keine Zahnlücke vorhanden, durch die der Schlauch eingeführt werden kann, so ist schnell ein Zahn zu extrahiren. Uebrigens ist der Ventilball mit seinen Schläuchen auch zur Entfernung von Gift aus anderen Körperhöhlen zu gebrauchen: ein kleines kolbiges Ansatzstück, oben an der abgerundeten Spitze und in der Peripherie mit Löchern versehen, wird an dem Schlauch befestigt, der sonst in den Magen kommt; so kann man die Brusthöhle (Vergiftungen durch Ausspülen derselben nach Empyemoperation), Mastdarm, Uterus, Nasenhöhle (Chromvergiftung!) von Gift befreien, event. mit einem Gegengift die Oertlichkeiten bespülen. Auch bei der Magenspülung wird man event. dem Spülwasser öfters chemische Antidote zusetzen können, um den letzten Rest einer noch möglichen Giftresorption aufzuheben;

z. B. wird man bei Phosphorvergiftung mit verdünnter Kupfervitriollösung waschen, bei I. mit Carbol Glaubersalzlösung, bei I. mit Kleesalz Kalkwasser, bei I. mit Bleizucker Zinksulfatlösung, bei I. mit Chrom dünne Bleilösung anwenden. Auch anhaltendes Würgen und Brechen kann man so bekämpfen; man spült mit Cocainlösung (0,05—0,1 : 1000,0). Ist aus irgend einem Grunde die Magendurchspülung unmöglich, so muss ein Brechmittel gegeben werden, nie aber ölige oder fettige Mittel oder warmes Wasser (viele im Wasser unlösliche Gifte werden durch Erwärmen der Magenschleimhaut leichter als sonst resorbirt!) Nur 3 Brechmittel zweckmässig: gutes Senfpulver, mit Wasser angerührt (8—10 gr auf 1 Glas Wasser), schwefelsaures Kupferoxyd (1 gr) und Apomorph. hydrochloric. (0,02 subcutan). Aber es gelangen auch leicht Giftheile in den Darm, von wo aus sie ebenfalls rasch entfernt werden müssen, und zwar am besten durch salinische Abführmittel (vor Allem Seignettesalz, 10—20 gr in Wasser intern oder in den Magen gepumpt, auch Glauber- und Bittersalz). Am nothwendigsten dies bei I. mit Pflanzentheilen (Samen, Blüthen), die meist im Darm ausgelaugt werden; je schneller hier Entfernung aus dem Darm erfolgt, desto sicherer, auch bei schweren I., auf Rettung zu hoffen! Selbstverständlich haben alle vorerwähnten Maassnahmen keinen Werth gegenüber dem bereits in die Blutbahn übergetretenen Gifte. Hier kann nur durch Anregung der eliminirenden Drüsen geholfen werden, was aber nicht zu den ersten Hilfeleistungen gehört. Event. kann man jedoch gleichzeitig mit der Magenausspülung die Nierenthätigkeit beeinflussen, indem man wässrige Lösungen von pflanzensauren Alkalien, z. B. Liqu. Kal. acet. oder noch besser Tartar. boraxat. (25,0 : 500,0 Aq. dest.) einpumpt. Vor Allem diese Therapie anzuwenden, wenn Blutgifte bereits zerstörend auf die rothen Blutkörperchen gewirkt haben und die Producte dieser Zerstörung die Nierenkanälchen verstopfen und so eine Retention des Giftes im Körper veranlassen. Eine besondere Berücksichtigung verdient die Entfernung der an die Haut gekommenen Gifte (chemische Laboratorien!). Hierbei halte man fest, dass von der Haut aus ins Blut nur aufgenommen werden: 1. ätzende, 2. flüchtige, 3. in

flüchtigen Medien (Alkohol, Aether, Chloroform) gelöste; 4. sehr fein in Fett vertheilte und durch energisches Reiben in die Haut gepresste Stoffe. Sind derartige Gifte, durch die Kleider dringend, auf die Haut gekommen, so sind erstere rasch zu entfernen und die Haut mit Seife und möglichst kaltem Wasser zu waschen; nicht mit warmem, das eine Resorption begünstigen könnte (auch die obigen flüchtigen Medien und starkes Reiben aus demselben Grunde zu vermeiden!). Verätzungen der Haut behandle man durch chemische Antidote, z. B. Bromätzung mit Carbollösung. Stets sofort kalte Umschläge! Ausser Entfernung des Giftes kommt stets bei I. die chemische Inactivirung durch geeignete Antidote in Betracht, wie schon oben beiläufig erwähnt. Bei Säuren also Alkalien, bei letzteren Säuren, bei Phosphorvergiftung Cupr. sulf. (in grossen Dosen, aber verdünnter Lösung), bei I. mit Oxalsäure Kalkwasser zu verabfolgen! Auch die symptomatische Therapie muss oft herangezogen werden, wenn auch die vorher hervorgehobenen Maassnahmen die Hauptsache sind. Aber da, wo directe Lebensgefahr vorliegt und wo man Grund zu der Annahme hat, dass an der Stelle, wohin das Gift eingeführt worden war, dasselbe sich nicht mehr findet, muss man vor Allem symptomatisch verfahren. Bedrohliche Symptome sind: 1. Vorgeschrittene Herzschwäche, 2. Aussetzen der Athmung, 3. beginnende Gehirnlähmung, 4. schwere Krämpfe, 5. gröbere Veränderungen der rothen Blutkörperchen resp. des Blutfarbstoffs. Ad 1. kommen Excitantien in Betracht. Doch bedenke man, dass bei Herzstörungen in Folge mangelhafter Circulation besonders an der Peripherie die Resorption sehr wenig im Gange sein dürfte. Daher nicht subcutane Application, sondern rectale! Schnell wird mittelst Ventilballs und warmen Wassers dieser Darmtheil gereinigt und Ammoniak (30 Tropfen auf 2 Glas Wasser), Alkohol (1 Theelöffel Cognac auf 1 Glas Wasser mit Gummi arab.-Lösung), Campheröl ( $\frac{1}{2}$ —1 Theelöffel mit einem indifferenten Oele verdünnt) oder Kaffeeaufguss so hoch wie möglich in den Darm gebracht. Hat man die Überzeugung, dass vom Unterhautzellgewebe noch genügend resorbirt wird, so ist Tinct. Moschi (bis 3—4 gr) als kräftigstes Herz-Stimulans zu injiciren. Oft wirken heisse Umschläge auf die

Herzgegend erstaunlich rasch und gut! Ad 2. ist künstliche Athmung einzuleiten oder auf reflectorischem Wege eine erste Inspiration wieder anzuregen, was man am schnellsten und sichersten erreicht, indem man auf den Nacken einen Strom möglichst kalten Wassers von einer grösseren Höhe aus fallen lässt. Gewarnt muss vor dem Riechenlassen von Ammoniak bei Bewusstlosigkeit werden; ist die Athmung aussetzend, so kann das Mittel unheilvoll wirken, da die Glottis sich für einige Zeit schliesst und somit einige Inspirationen, die sonst noch gekommen wären ausfallen; aber schon das Fehlen einer Inspiration hat hier viel zu bedeuten! Ad 3. sind fortgesetzte Hautreize indicirt. Schlagen der Haut, sowie das Herumziehen des von 2 Menschen unter die Arme gefassten Vergifteten im Zimmer leisten oft mehr, wie Medicamente. Auch grosse Senfteige (Senf, mit lauwarmem Wasser angerührt) an Fusssohle, Nacken, Magen sind zu empfehlen, ebenso Salmiakgeist (damit getränkte Compresse auf die angegebenen Stellen, darüber trockenes Tuch). Von Arzneimitteln Moschustinctur, subcutan, ebenso applicirt Campher, kleine Mengen ins Rectum gespritzten schweren Weines oder Cognacs oder per rectum beigebrachte Kaffeeaufgüsse zweckdienlich. Ad 4. Bei Krämpfen tetanischer Art: Inhalation von Aether oder Chloroform. Ebenso zu behandeln anhaltende epileptiforme Zuckungen. Bei leichteren Formen klonischer Krämpfe Einspritzungen grösserer Mengen eines Infus. Rad. Valer. ausreichend. Nie aber verordne man Chloralhydrat (herzlähmend!), sondern, als schnell wirkendes inneres Beruhigungsmittel, 3 gr. Paraldehyd, (mit etwas Eigelb gut gemischt, ins Rectum zu injiciren!). Ad 5. kommen Blutgifte, wie Kohlenoxyd, Schwefelwasserstoff, Arsenwasserstoff, Anilin, Hydroxylamin, Sulfonal, Nitrobenzol, Kal. chloric., Morcheln u. s. w. in Betracht. Hier gehörige Entleerung des schlecht gewordenen Blutes am Platz, d. h. voller Aderlass, durch den auch ein Theil des Giftes eliminirt und die Herzthätigkeit günstig beeinflusst wird. Wo es irgend geht, nach dem Aderlass intravenöse Infusion von Kochsalzlösung (0,6 %) mit oder ohne Zusatz von 0,1 % Soda in der doppelten Menge des entleerten Blutes. Natürlich können diese Eingriffe neben den zuerst erwähnten gleichzeitig vorgenommen werden,

welche ja, wie wiederholt hervorgehoben, meist in erster Linie in Betracht kommen. Besonders stets als erstes Princip zu betrachten: Entfernung des Giftes aus dem Körper! nicht nur aus dem Magen, sondern auch event. aus dem Unterhautzellgewebe und anderswo! z. B. ist ein Dépôt unlöslichen Quecksilbers als Vergiftungsquelle erkannt, so zögere man nicht, jenes freizulegen und das Gift zu entfernen, gleichgültig wie viel Gewebe dadurch verloren geht, ebenso z. B. bei Schlangenbiss. Dann erst suche man der Symptome Herr zu werden, die durch das schon ins Blut übergangene Gift erzeugt werden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 24.)

**Muskelatrophie.** Ueber reflectorische M. nach Gelenkverletzungen schreibt Prof. Dr. L. Heidenhain (Greifswald, chirurg. Klinik): Nach der Theorie von Paget und Vulpian ist ein grosser Theil der Muskelatrophieen, die wir bei und nach den verschiedenartigsten Gelenkerkrankungen, Verletzungen, acuten und chronischen Entzündungen eintreten sehen, nicht Folge des mangelnden oder fehlenden Gebrauches dieser Muskeln, sondern entstanden auf reflectorischem Wege; durch eine Fortleitung bestimmter Reize aus dem erkrankten Gelenk auf den Bahnen der sensiblen Nerven komme es zu einer Störung der Rückenmarkscentren der befallenen Muskeln. Auch Charcot trat für die reflectorische Natur dieser M. ein und meinte, die Auffassung der Mehrzahl der zeitgenössischen Autoren sei die, dass die Gelenkaffection auf dem Wege der gereizten Gelenknerven auf das spinale Centralorgan einwirke und daselbst die Centren in ihrer Thätigkeit hemme, von welchen die motorischen und die der Muskelernährung vorstehenden Nerven ausgehen. Durch Thierversuche ist auch der zweifellose Nachweis für die reflectorische Natur der M. geliefert worden, z. B. von Hoffa. Trotzdem hat dieselbe Seitens der deutschen Chirurgen keine Beachtung gefunden, was wohl an der Seltenheit eindeutiger klinischer Beobachtungen liegt. Nun hat Autor 3 Fälle von Atrophie der Streckmuskulatur des Oberschenkels nach Kniegelenksverletzungen erlebt, die beweiskräftig sind. 1. 39jährige Frau, am 11. Novemb. 1892 mit Sternbruch der rechten Kniescheibe aufgenommen. Am 5./12. Bruchstücke fixirt. Nun Massage des Quadriceps und Be-

wegungen im Kniegelenk begonnen. Am 22./12. Entlassung mit knöchern geheilter Fractur. Am 28./6. 94 bei einer Untersuchung fand sich ein so vollkommener Schwund des Quadriceps, wie ihn Autor bisher nie gesehen. Namentlich oberhalb des Knies Atrophie ausgesprochen, Umfangsdifferenz über 6 cm. In der ganzen Länge des Oberschenkels Knochen, unbedeckt von Musculatur, dicht unter der Haut zu fühlen. Patella knöchern geheilt, nicht mit dem Femur verwachsen; Kniegelenk normal, passive Bewegungen in normalem Umfange möglich. Einen so fabelhaften Muskelschwund bei einem knöchern geheilten Kniescheibenbruch als Inaktivitätsatrophie erklären zu wollen, geht wohl kaum an! 2. 38jähriger Arbeiter, der am 2./2. 93 durch Fall aufs rechte Knie Querbruch dieser Kniescheibe erlitt. Nach der Verletzung 10 Tage Kühlbehandlung, dann 3 Wochen Gypsverband. Nach 6 Wochen fing Patient zu gehen an und nach 10 Wochen leicht zu arbeiten. Vor dem Unfall hat er Stroh und Korn bis zu 3 Centnern zu ebener Erde tragen und mit 2 Centnern die Treppe zum Boden emporsteigen können; seit der Verletzung Schwäche im rechten Kniegelenk, er kann zwar den ganzen Tag gehen, ohne zu ermüden, auch etwa ein 1 Centner zur ebenen Erde tragen, dagegen vermag er nicht, mit Lasten Treppen zu steigen, weil er den Unterschenkel nicht strecken kann, wenn er belastet ihn gebeugt aufsetzt. Kniescheibe knöchern verheilt, normale Form. Streckmusculatur des rechten Oberschenkels bedeutend atrophirt. Hier hat also der kräftige Arbeiter seit langer Zeit gearbeitet, der Bruch ist knöchern verheilt, trotzdem eine colossale Atrophie des Quadriceps! 3. 52jähriger Mann verspürte October 1893 beim „gemüthlichen Heruntersteigen von einer Leiter“, ohne dass er dabei einen Fehltritt that, einen Schmerz im linken Kniegelenk, das dann anschwell und etwas schmerzte. Patient legte sich nicht zu Bett, schonte sich nur 14 Tage. Die Schwellung verschwand, nur an der Innenseite des Gelenks blieb noch für einige Zeit eine sehr schmerzhafter Stelle zurück. Seit etlichen Monaten keine Schmerzen mehr, abgesehen von gelegentlichem, ganz leichten „Reissen“ im Gelenk, dagegen klagt Patient (derselbe ist unabhängig, hat keinerlei Rente zu erwarten) über Schwäche darin. Untersuchung am 19./6. 94. Am linken



Oberschenkel starke Atrophie des Quadriceps, 2 cm Differenz (die letztere soll sich innerhalb des ersten Vierteljahres nach dem Unfall entwickelt haben). Kniegelenk ganz normal. Also hier eine nur unbedeutende Verletzung des Gelenks, kein Bettlager, regelmässiges Arbeiten (Fischerei), also von Inaktivität keine Rede! Solche Beobachtungen mahnen doch wohl den Gutachter, bei Gelenkverletzungen auch leichter Art die Prognose nur vorsichtig zu stellen. So lange wir nicht wissen, warum in dem einen Falle von Gelenkverletzung ein schwerer Muskelschwund eintritt, in anderen nicht, werden wir das Eintreten eines solchen in jedem Falle für möglich halten müssen! Ob es möglich ist, durch frühzeitige Massage, Bewegungsübungen, Widerstandsbewegungen u. s. w. der Entwicklung solcher M. in jedem Falle vorzubeugen, bleibt vorläufig dahingestellt.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1894 No. 12.)

— Zur Kenntniss der reflectorischen Muskelatrophie nach Gelenkverletzungen theilt Dr. K. Hasebrock (Hamburg, Medico-mech. Institut) einen Fall mit, der dem letzten der Heidenhain'schen Fälle, bei dem es sich nur um leichte Verstauchung des Kniegelenks handelte, sehr ähnelt: 32jähriger Knecht verstauchte sich am 12./11. 92 beim Herabsteigen von einer Leiter das linke Knie. Anschwellung desselben, 14 Tage Bettruhe, kalte Umschläge. Seitdem Bein abgemagert, zu schwerer Arbeit untauglich wegen hochgradiger „Schwäche im Knie“. Aufnahme am 7./6. 93. Bei dem übernormal grossen, kräftigen Mann fällt die hochgradige Abmagerung des linken Beines auf, und zwar sowohl des Ober- als des Unterschenkels, speciell aber des unteren Drittels des Oberschenkels, dessen Dicke in dieser Gegend geradezu spindelförmig abnimmt. Der Muskelschwund am Oberschenkel betrifft mehr oder weniger sämtliche an das Kniegelenk gehende Muskeln, am meisten aber den Quadriceps. Kniegelenk ganz normal, nicht einmal Druckschmerz. Vollkommene Beugung möglich. 3monatliche Behandlung mit Elektrizität, Massage, Gymnastik bis 29./9. 93 ohne jeden Erfolg, obwohl der Verletzte sich selbst die grösste Mühe gab, vorwärts zu kommen; weder subjective, noch objective Besserung. Der

Fall beweist also, dass die Prognose auch bei energischer Behandlung höchst zweifelhaft sein kann.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde 1895 No. 4.)

- Eulenburg stellt einen interessanten Fall von progressiver Muskelatrophie im Anschluss an ein Trauma vor: 30jähriger Kutscher mit hochgradigem Schwund der Kleinfinger-Musculatur links, fibrillären Zuckungen, partieller Entartungsreaction daselbst, Klauenstellung der Finger, Herabsetzung der Sensibilität, besonders der Schmerzempfindung. Er hatte vor einiger Zeit beim Aufladen sich eine Fractur des linken Radius in der Diaphyse zugezogen, an die sich zunächst eine Parese der Vorderarm-Musculatur anschloss. Er musste seiner Beschäftigung entsagen, seine an die Unfallversicherung gestellten Forderungen wurden aber angefochten, weil der Arzt die Diagnose „Syringomyelie“ stellte, deren Symptome wohl schon längere Zeit vor dem Trauma vorhanden waren und nicht erst durch dieses entstanden. Autor schloss sich dem nicht an, sondern brachte die Affection mit der Verletzung in Zusammenhang; es handele sich um eine vom Ulnaris aus aufsteigende Affection und die jetzige Rückenmarkskrankheit sei secundärer Natur. Der Verletzte bekam die Unfallrente. Autor hat bereits vor einigen Jahren nach einer Verletzung des linken Humerus eine progressive M. des rechten und später auch des linken Armes sich daran anschliessen sehen, so dass die Entstehung einer centralen Affection angenommen werden musste. Es finden sich ausserdem mehrere Fälle von Entwicklung einer progressiven M. auf Grund eines einmaligen heftigen Traumas in der Litteratur. — Bernhardt ist anderer Ansicht. Syringomyelie kann bestehen ohne jedes nach aussen sichtbare Symptom, ferner kann ein derartiger Process im Rückenmark durch ein Trauma hervorgerufen werden, und ein z. B. in früher Jugend erlittenes Trauma kann eine spätere Syringomyelie zur Folge haben. Dazu kommt, dass hier die Fractur des Radius nicht durch directe Gewalt, sondern durch Lehmschuppen entstanden ist. Derartige Fracturen sind aber selbst bei sehr anstrengenden Bewegungen sehr selten bei gesunden Menschen, aber durchaus nicht selten bei

Leuten, welche eine Syringomyelie haben (1884 beobachtete Autor einen Fall, wo ein kräftiger junger Mann sich beim Brotbacken, d. h. Einstampfen des Teiges eine Fractur der Ulna in der Nähe des Olekranon zuzog). Derartige Fracturen sind nur so zu erklären, dass durch die Nervenkrankheit eine Affection der Knochen besteht, so dass die Fractur, wie Blasenbildungen auf der Haut oder Panaritien, Symptom der Nervenkrankheit ist.

(Verein für innere Medicin in Berlin, 29. April 1895. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 38.)

**Netzhautablösung.** Dr. Ohlemann (Minden) berichtet über einen **eigenartigen Fall von N.**, der Gegenstand der Entscheidung eines Schiedsgerichts geworden ist: 60jähriger Landmann, Emmetrop, trug in der Erntezeit 120—130 Pfund schwere Säcke Getreide von seiner Tenne auf den Kornboden. Eines Tages, als er etwa 10—12 Säcke in dieser Weise getragen hatte, nahm er plötzlich eine Verdunkelung in seinem linken Auge wahr, einen schwarzen Fleck, der mit der Zeit grösser wurde und zur Erblindung des Auges führte. Ein Augenarzt constatirte N. Anspruch auf Unfallrente von der Berufsgenossenschaft zurückgewiesen, weil ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Augenverletzung und der Betriebsarbeit nicht nachgewiesen sei. Das Schiedsgericht entschied folgendermaassen: „Nach dem Urtheile der Sachverständigen sei die Möglichkeit zugegeben, dass durch die mit dem Tragen der Säcke verbundene Körperanstrengung und das Bücken des Kopfes der Eintritt der N. bei vorhandener Disposition befördert worden sei. An sich genügt nun zwar der ursächliche Zusammenhang der N. mit der Betriebsarbeit nicht, um in der ersteren einen Betriebsunfall zu erblicken. Es muss vielmehr in analoger Anwendung der für Bruchschäden vom R. V. A. aufgestellten Rechtsgrundsätze die weitere Bedingung erfüllt sein, dass die qu. Augenerkrankung durch eine über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsthätigkeit hinausgehende Arbeit, oder durch eine übermässige Körperanstrengung hervorgerufen ist. Diese Voraussetzung liegt hier vor, insofern in dem Tragen von 120—130

Pfund schweren Säcken für den 60jährigen Berufskläger thatsächlich eine über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit hinausgehende übermässige Körperanstrengung zu finden ist. Das Wegschaffen des Kornes von der Tenne auf den Kornboden in Säcken von solcher Schwere ist eine Arbeit, zu welcher in der Regel nur die stärksten und kräftigsten Arbeiter verwendet werden, und Berufskläger hat sich damit einer in der Regel nur jüngeren Personen zufallenden Thätigkeit unterzogen, welche für ihn in Hinblick auf sein Alter eine ausserordentliche Kraftleistung bedeutete. Dieselbe ging auch über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit insofern hinaus, als sie der Natur der Sache nach nur 1 Mal im Jahre, in der Erntezeit, vorzukommen pflegt. Dabei kann es für die Beurtheilung der Vorgänge als Betriebsunfall nicht ins Gewicht fallen, dass die N. erst beim Tragen des 10. oder 11. Sackes eintrat. Denn es ist nicht bewiesen, dass die N. durch das wiederholte Tragen schwerer Säcke allmählig vorbereitet worden ist; sie hätte auch schon früher eintreten können, und hat vielleicht nur ein zufälliger Umstand, ein tieferes Bücken des Kopfes u. dergl. ihren Eintritt gerade beim 10. Sacke verursacht. Sie trägt daher im vorliegenden Falle als ein plötzliches Geschehniss den Charakter eines Betriebsunfalles im Sinne des Gesetzes.“ Die Unfallrente wurde demgemäss auf 30% festgesetzt.

(Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. März 1895. —  
Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1895 No. 8.)

**Rhinitis.** Dr. Vohsen (Frankfurt a. M.) schreibt über die **Behandlung der Rh. bei Säuglingen:** Der Schnupfen der Säuglinge ist eine schwere Erkrankung; die Verlegung der Nase ist bei der Enge ihrer Gänge meist eine vollständige, das Secret kann nicht ausgeschnaubt werden und das zeitweilige Niesen ist ein höchst unvollkommener Ersatz für die Reinigung durch Schnäuzen (nebenbei: auch später wird letzteres meist sehr unzweckmässig ausgeführt; man lehre die Kinder von vornherein, dabei nur ein Nasenloch zu schliessen, indem sie den einen Nasenflügel andrücken, und alsdann das unberührte offene auszublasen!), Mundathmung ist den Säuglingen fremd. Die Erschwerung der Nahrungsaufnahme, das verschluckte Secret legen den Grund zu einer Gastroenteritis, die Infection

des Mittelohres durch Mikroorganismen ist eine ausserordentlich häufige, Pleuropneumonien kommen oft vor: kurz, die Rh. der Säuglinge verdient die ernsteste Beachtung Seitens des prakt. Arztes. 2 Momente kommen dabei in Betracht: Beseitigung des Secrets, therapeutische Beeinflussung der Schleimhäute. Zunächst zu constatiren, ob die Rh. einseitig oder doppelseitig. Im ersteren Falle eingehende Untersuchung des Naseninneren erforderlich, die bei mangelnder rhinologischer Uebung am besten so geschieht, dass man nach Cocainisirung des Naseninneren mit 1% Lösung eine sehr dünne, wattearmirte und mit etwas Vaseline oder Borlanolin getränkte Sonde vorsichtig durch die Nasenhöhle in wagrechter Richtung durchführt, um so einen Fremdkörper oder anderes Hinderniss festzustellen. Man misst die Tiefe, bis zu der die Sonde hineingeht, auf beiden Seiten, und zeigt sich eine erhebliche Differenz, so ist von jedem Eingriff für den Ungeübten abzustehen, da hier meist Fremdkörper, Tumoren, congenitale Verschlüsse der Choanen, Atresien vorliegen. Dann Untersuchung des Mundes und Rachens. Abnorm schmale hohe Kiefer kommen schon bei Säuglingen vor und deuten auf ein enges Nasengerüst, noch mehr zur Vorsicht mahnend. Zu grosse Gaumenmandeln, selten auch sehr voluminöse Zunge können für die Nasenathmung ein Hinderniss abgeben. Die Rachenmandel ist nur sehr selten bei Säuglingen wirklich hypertrophisch. Man stelle dies aber nicht durch Fingeruntersuchung fest, die hier eine rohe Methode ist, sondern auf folgende Weise, die zugleich zur Therapie der Rh. führt: Ein entsprechend weiter Gummischlauch wird in einen Naseneingang gebracht, ohne dass der andere geschlossen wird; der Schlauch schliesse die Nasenöffnung fest ab. Mit dem Munde oder einem Ballon treibt man nun zart Luft ein, gebe den Versuch aber auf, wenn ein stärkerer Widerstand das Blasen erschwert. In diesem Falle drücke man in die Nasenöffnung ein Wattebäuschchen mit 1% Cocainlösung und versuche nochmals die Luftdouche. Gelingt sie dann nicht bei mässigem Druck, so steckt ein Hinderniss in der Nase oder im Nasenrachenraum, das chirurgische Behandlung erheischt. Anderenfalls aber wird das Secret fast immer beim Schreien und Sträuben des Kindes ausgiebig aus der offenen Nasenöffnung herausgestossen. Liegt

in Folge dessen dann die Schleimhaut frei, so legt man ein nicht zu grosses Wattebäuschchen mit 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Borglycerinlösung in die Naseneingänge und drückt dies aus, so dass die Flüssigkeit durch die Nase durchfliesst. Besteht Neigung zu Ekzem am Naseneingang, so wende man Borlanolin an, überhaupt jedes Mal nach jener Procedur (am besten mittelst zugeschmolzenen Glasstäbchens). Das Verfahren kann den Angehörigen überlassen werden, die es öfters am Tage, besonders vor jeder Nahrungsaufnahme anwenden sollen. Dasselbe hat sich dem Autor sowohl bei Säuglingen wie auch bei Kindern in den ersten Lebensjahren, sobald ihnen durch Schwäche oder Ungeschicklichkeit das Ausschnauben des Nasensecrets unmöglich war, bestens bewährt.

(Zeitschrift für ärztl. Landpraxis 1895 No. 5.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Die manuelle Umwandlung von Gesichtslage in Hinterhauptslage ist dann erforderlich, wenn die mentoposteriore Einstellung dauernd sich erhält und die Stirne führender Theil zu werden droht. In diesem Falle ist das sonst bei Gesichtslage einschlagende expectative Verfahren aufzugeben und actives Eingreifen nöthig, damit die Situation nicht eine missliche werde. Baudelocque sucht mit seinem Handgriff durch Nachaufwärtsschieben des Gesichts bei gleichzeitigem Druck von aussen auf das Hinterhaupt die Correctur vorzunehmen. Schatz aber wies nach, dass dieser Handgriff, der nur am Kindsschädel angreift, deshalb so häufig Misserfolg hat, weil zur erfolgreichen Stellungscorrectur, zur Ueberführung der Deflexion in eine Flexion, zur Ueberführung der Lordose der kindlichen Wirbelsäule in die Kyphose eine Verlängerung der kindlichen Längsachse unumgänglich nothwendig ist, wesshalb die Correctur vorzüglich am Rumpfe des Kindes vorzunehmen ist, und zwar bestehend in Streckung der kindlichen Wirbelsäule. Casuistische Mittheilungen erhärteten dies, doch bildete sich bei den Autoren kein typisches Verfahren aus, sondern jeder modificirte je nach dem Falle. Jetzt theilt Dr. J. Grossmann (München) einen Fall mit, bei dem ebenfalls ein modificirtes Verfahren Erfolg hatte: 22jährige I para mit 1. Gesichtslage nach dem Blasensprunge. Nasenrücken annähernd im queren Durchmesser, Stirn links,

Mund rechts mehr nach hinten, gerade noch erreichbar. Nach 2stündigem Abwarten: Stirn deutlich tiefer getreten, Kinn rechts hinten, eben noch erreichbar. Tiefe Chloroformnarkose, Querbett. Autor ging nun mit der ganzen rechten Hand in die Scheide und in das dehnbare untere Uterinsegment ein; mit sanfter Gewalt vorwärts dringend konnte die Hand allmählig das Hinterhaupt umfassen und dabei die Furche zwischen deflectirtem Schädel und Nacken tasten. Während zuerst die linke äussere Hand den Kindschädel der andrängenden inneren rechten Hand entgegen drückte, um dieser das Umfassen des Hinterhauptes zu erleichtern, drängte diese linke äussere Hand jetzt die oberhalb der fühlbaren Nackenfurche liegende Parthie des unteren Uterinsegments und dadurch den Schultergürtel des Kindes in die Höhe, in der Absicht, die lordotisch verkrümmte Halswirbelsäule des Kindes zu strecken; gleichzeitig wurde das Hinterhaupt durch die innere rechte Hand, welche dasselbe voll umfasste, nach abwärts gezogen. Nicht gleich gelang die Correction; erst nachdem Autor den Schultergürtel des Kindes noch einmal kräftig nach aufwärts gedrängt hatte, fühlte er mit einem Male, wie mit einem Ruck, die Drehung des Schädels gelingen und das Occiput in die Führungslinie eintreten: es hatte sich 1. Hinterhauptslage eingestellt. Nach 3 Stunden wegen Wehenschwäche Ausgangszange. Mutter und Kind gesund (vor einigen Wochen gebär erstere vollkommen normal ein Kind; also kein enges Becken!). — Die Correction gelang also erst, als Autor mit der äusseren Hand den unteren Gebärmutterabschnitt nach oben drängte, damit den Schultergürtel des Kindes hob und die lordotisch gekrümmte Halswirbelsäule des Kindes streckte, während die innere Hand den Hinterkopf nach abwärts zog. Dieses entspricht also der Schatz'schen Annahme, nur meint Gossmann, dass zur Umwandlung der Gesichtslage in Hinterhauptslage nicht die Verlängerung der ganzen Eiachse nothwendig ist, sondern nur eine Streckung der Halswirbelsäule (durch Hinaufdrängen des kindlichen Schultergürtels von aussen), die das kettenartige Charniergelenk der Halswirbelsäule, welches durch die extreme Lordose festgestellt ist, frei macht und den Uebergang in die Kyphose und damit die Beugung des Schädels ermöglicht. Träte an

den Autor wieder die Indication zur manuellen Umwandlung bei Gesichtslage heran, so würde ihm als Regel gelten: Eingehen mit der der Lage des Hinterhauptes entsprechenden ganzen Hand unter tiefer Narkose, Umfassen und Nachabwärtsziehen des Hinterhauptes, bei gleichzeitigem Nachaufwärtsdrängen des den Schultergürtel des Kindes enthaltenden unteren Gebärmutterabschnittes von aussen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 23.)

— Ueber **Behandlung der Uterusruptur** stellt Prof. Fritsch (Bonn) als Referent folgende Thesen auf:

1. Als allgemeine Prophylaxe der Uterusruptur ist bei der Geburt beim engen Becken bei Kopflage die Kreissende auf die Seite zu legen, auf welcher der Kopf den Dehnungsschlauch am meisten ausdehnt. Das Mitpressen ist bei Hochstand des Kopfes zu untersagen. Zur Geburtsbeschleunigung ist in Walcher'scher Hängelage das Hineinpressen des Kopfes vorsichtig unter Berücksichtigung der Lage des Uterus zu versuchen.
2. Bei drohender Uterusruptur wird sobald als möglich entbunden. Die Methode wird gewählt, bei der am wenigsten Raum im Geburts canal beansprucht wird. Bei Kopflage ist die Perforation und Cranio-klast-Operation die für das Leben der Mutter günstigste Operation, bei Querlagen darf nur bei lebendem Kinde ein Wendungsversuch in tiefer Narkose gewagt werden. Bei todtm Kinde sind stets zerkleinernde Operationen zu machen.
3. Ist die Ruptur diagnosticirt und befindet sich das Kind in der Bauchhöhle, so muss es durch Laparotomie so schnell als möglich entfernt werden. Ist das Kind theilweise in der Bauchhöhle und theilweise im Uterus, so wird es per vias naturales extrahirt, wenn die Extraction leicht erscheint. Unter günstigen äusseren Verhältnissen, bei starker andauernder Blutung oder bei Schwierigkeit der Extraction ist zu laparotomiren.
4. Weder die Tamponade, noch die Compression, noch beides vereint ist im Stande, jede Blutung bei



Uterusruptur zu stillen. Auch die Umstechung von der Vagina aus ist kein sicheres Mittel. Nur nach der Laparotomie kann von der Bauchhöhle aus eine sichere Umstechung der spritzenden und blutenden Gefässe bewirkt werden. Steht die Blutung seit mehreren Stunden spontan, und hat sich der Puls gehoben, so wird mit Opium und absoluter Ruhe behandelt. Es wird katheterisirt. Weder eine Ausspülung der Vagina, noch eine vaginale Ausspülung der Peritonealhöhle ist statthaft.

5. Die Amputation des Corpus uteri ist dann zu machen, wenn das Uterusinnere voraussichtlich septisch ist, oder wenn ein Myom vorliegt, das an sich eine Laparotomie indicirt.

(VI. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekol.,  
Wien, 5.—7. Juni 1895. —  
Wiener medic. Presse 1895 No. 23.)

- H. Löhlein (Giessen, Universitäts-Frauenklinik) bespricht die **Abrasio uteri bei ektopischer Schwangerschaft**, die von nicht geringer praktischer Bedeutung ist. Sie wird ausgeführt zu diagnostischen Zwecken, um die Zweifel zu beheben, die bezüglich eines suspecten para-uterinen Tumors bestehen, oder zweitens als therapeutisches Verfahren, d. h. zur Bekämpfung bestehender unregelmässiger blutiger oder blutigschleimiger Abgänge aus dem Uterus, weil die ektopische Schwangerschaft oder ihre Folgezustände übersehen werden. Könnten wir darauf rechnen, überall deciduale Veränderungen der ausgeschabten Schleimhautpartikel zu finden, wo es sich um ektopische Schwangerschaft oder ihre Folgen handelt, und liesse sich die Abrasio sicher ohne jeden Nachtheil für die Kranke ausführen, so wäre der Eingriff sehr werthvoll. Leider ist Beides nicht der Fall. Die Abrasio liefert nur manchmal ein positives Resultat, d. h. nur bei frischen Tubargraviditäten; bei der Mehrzahl der Fälle jedoch, wo wir gerade eine zuverlässige Belehrung über die Natur einer retro- oder parauterinen Geschwulst brauchten, also bei älteren, abgelaufenen Extrauterinschwangerschaften, lässt sie im Stich, indem die Decidua bereits ganz oder zum Theil exfoliirt ist oder sich wieder zurückgebildet hat. Aber gerade bei frischen Fällen ist die Abrasio gefährlich, da selbst bei aller Vorsicht die Gefahr einer inneren Verblutung besteht. Noch gefährlicher ist

der Eingriff, wenn er energisch zuthérapeutischen Zwecken, nämlich zur Bekämpfung bestehender Uterinblutung gemacht wird, wie es häufig genug geschieht. Wenn die Zahl der letalen Ausgänge solcher Eingriffe keine grosse ist, so erklärt sich dies aus dem Umstand, dass die Symptome, die zur Ausschabung auffordern, gemeinhin erst dann auftreten, wenn die ektopische Schwangerschaft bereits ihre Unterbrechung gefunden hat; das gilt besonders von den öfter wiederkehrenden Uterinblutungen, nach ein- oder mehrmaligem Ausbleiben der Menses, die den Arzt zur Annahme eines imperfecten uterinen Aborts verleiten. Autor beobachtete 2 solcher Fälle, die sich in einer ganzen Reihe von Einzelheiten ausserordentlich gleichen und hierdurch um so eindringlicher zur Warnung dienen können. Beide Male geben Uterusblutungen, die sich an Störungen der normalen Menses anschlossen, den Anlass zur 1. Ausschabung. Beide Male folgt dem 1. Eingriff die Ausstossung der Decidua. Beide Male schliesst sich weiterhin die Ausbildung einer Haematocele resp. die Vergrösserung einer bestehenden an. Beide Male besteht nach der 1. Abrasio der die Haematocele erfahrungsgemäss häufig begleitende blutige Ausfluss aus dem Uterus weiter und giebt die Veranlassung zu einer 2. Abrasio; diese unterbricht beide Male den natürlichen Heilungsprocess und führt beide Male zu sehr ernsten Folgen: in Fall I führt sie durch erneute Blutung und weitere Ausbreitung peritonitischer Vorgänge zum Tode, in Fall II schliesst sich an sie die Verjauchung der mächtigen Blutgeschwulst an, deren schwere Gefahren durch die zeitige Eröffnung noch glücklich abgewendet werden. Jedenfalls mahnen diese Fälle zu grosser Vorsicht im Gebrauch der Cürette in allen Fällen, wo ein Ausbleiben oder Postponiren der Menses gleichzeitig mit dem Auftreten eines parauterinen oder retrouterinen Tumors notirt wird. Sosegenreich das Instrument wirkt, wenn es gilt, nach einem imperfecten uterinen Abort zurückgebliebene Reste zu entfernen, so gefährlich ist seine Anwendung, wenn sie bei bestehender ektopischer Schwangerschaft oder ihren Folgezuständen, die nicht beachtet oder nicht richtig erkannt wurden, stattfindet.

(Medicin. Gesellschaft zu Giessen, 19. März 1895. —  
(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 23.)

**Syphilis.** Saul stellt einen Fall mit seltener extragenitaler Localisation des Primäraffects vor: letzterer befand sich bei dem 75jährigen Manne, der ausserdem mit Plaques muqueuses, Condylomata lata und Drüsenschwellung am vorderen Rand des Masseter zur Beobachtung kam, am Zahnfleisch der oberen mittleren Schneidezähne. Infection durch Benützung eines von seinem syphilitischen Wirth gebrauchten Trinkglases (sonst entstehen die übrigens sehr seltenen Schanker am Zahnfleisch meist durch zahnärztliche Instrumente!). Im weiteren Verlauf entstand bei intramusculären Einspritzungen von Hydrarg. salicyl. eine Chorioretinitis, die jedoch ohne wesentliche Beeinträchtigung der Sehkraft heilte. — Blaschko meint, der letztere Vorfall bestätige seine Ansicht, die S. der Greise sei nicht schwerer, als die jüngerer Individuen. Die Chorioretinitis syphilitica verlaufe auch im Allgemeinen gutartig. — G. Lewin weist darauf hin, der Fall beweise nur, dass der unmittelbar nach der Infection eintretende Verlauf hier gutartig erscheine, dass man aber abwarten müsse, welche Recidive eintreten. — Fürst hat einen Fall frühzeitiger Chorioretinitis syph. beobachtet, der zur Phthisis bulbi führte.

(Dermatolog. Vereinigung zu Berlin, 7. Mai 1895. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1895 No. 44.)

— **Mediastinalymphdrüsengumma** lautete die Diagnose eines Falles, welchen, wie wir bereits berichteten (s. Excerpta, Heft 10, Seite 472), Dr. A. Seidel (Berlin) zu beobachten Gelegenheit hatte. Aber auch diese Diagnose war falsch, wie die weitere Beobachtung lehrte: Februar 1895 wurden gegen die noch immer bestehende Magendilatation Magenausspülungen vorgenommen. April, also fast ein volles Jahr nach dem vermeintlichen Rückgang der Krankheit, wieder Vergrösserung der Dämpfung und Verschlechterung der Stimme zu constatiren, an eine Bronchitis mit geringem Fieber schloss sich eine hochgradige, nur mit Morphinum zu bekämpfende Dyspnoë an, Pat. nahm mit Vorliebe eine zusammengekauerte Haltung ein. Am 25./4. war die Speiseröhre weder für feste, noch für flüssige Nahrung passirbar. Am 27./4. mit Prof. Fürbringer Untersuchung: etwa 33 cm vom Munde aus stiess die Schlundsonde auf eine imper-

meable Stelle. Abends Exitus. Section ergab alten aneurysmatischen Sack des Aortenbogens, faustgross, ferner frisches, die ganze Aorta thoracica descendens einnehmendes Aneurysma dissecans. Der Tod war durch innere Verblutung in Folge Berstens des Aneurysmas eingetreten! Das war freilich eine Ueerraschung! Weder auf der Brust, noch am Rücken war je eine Prominenz wahrzunehmen, nirgends Pulsiren oder Schwirren, kein Auscultationsgeräusch, keine Pulsdifferenz, keine Schmerzen in der Gegend der Geschwulst! Dazu kommt die eclatante Wirkung des Jodkali! Von Lues wurde auch an den Präparaten keine Spur entdeckt. Man erkannte daraus, wie günstig das Mittel bei Aneurysma wirken kann. Tufnell und Balfour empfahlen als Therapie bei Aneurysma: Monate lang absolute horizontale Lage im Bett, Einschränkung der Diät und täglich 1—2 gr Kal. jod. Durch die Ruhe des 3 Monate langen Krankenlagers, durch die gegen die abnorme Zersetzung im Magendarmcanal gerichtete Einschränkung der Diät und die Jodkali-therapie sind zufällig in unserem Falle alle 3 Heil-factoren thätig gewesen, so dass jene erhebliche Besserung natürlich erscheint.

(Der ärztl. Praktiker 1895 No. 10.)

- Dr. P. Thimm (Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten) beschreibt einen **Fall von Makrocheilie, bedingt durch syphilitische Erkrankung der Lippenschleimdrüsen**: 55 Jahre alte Frau will vor 12 Jahren an Unterschenkelgeschwüren beiderseits erkrankt sein, die bald unter Salbenbehandlung heilten, Varicen will sie nie gehabt haben, eben so wenig Geschlechtskrankheiten, sie hat nie abortirt, 5 normale Kinder geboren, von denen eines bald nach der Geburt, ein anderes im Alter von 3 Jahren starb. Ihr jetziges Leiden begann vor 3 Monaten mit dem Auftreten von kleinen, nicht schmerzhaften Knoten in der Oberlippe unterhalb des rechten Nasenflügels, von wo aus es sich allmähig in gleicher Weise über die ganze Ober- und Unterlippe ausbreitete, ohne Schmerzen zu verursachen. Status: kleine, schlecht genährte, sehr anämische Frau. Auf der Innen- und Vorderfläche des rechten Unterschenkels 2 glatte, etwa 5 Markstückgrosse, von ausgebuchteten Rän-

dern begrenzte, vollkommen weisse Narben mit stark braun pigmentirter Umgebung; auf der Vorderfläche des linken Unterschenkels 3 kleinere Narben von derselben Beschaffenheit, an dessen Hinterfläche von den Malleolen bis etwa zur halben Höhe der Waden hinauf ausserdem ziemlich derbe, plattenförmige, 5Pfennig- bis 3Markstückgrosse Verdickungen der Haut. Vordere Fläche der Tibia, etwa in ihrer mittleren Höhe, rauh, uneben, stark verdickt. Die ganze Mundöffnung von einem 2 cm breiten Hofe von lividrother Farbe eingefasst, die nur in der Gegend um den linken Mundwinkel in ein stark entzündliches Roth übergeht; hier auch die Haut zum Theil mit feinen Borken und Schuppen bedeckt, ausserdem einige kleine nässende Stellen. Lippen im Ganzen geschwollen und verdickt, ebenfalls in Folge Schwellung Vertiefung zwischen Nasenrücken und Wange rechts mehr verstrichen und flacher, als links. Schleimhaut der Lippen nicht verändert, bis auf mehrere deutlich sichtbare Oeffnungen, die wohl den Mündungen der Schleimdrüsenausführungsgänge entsprechen. Auf Druck sieht man über einzelnen dieser Oeffnungen ein kleines Tröpfchen einer wasserklaren Flüssigkeit sich bilden. Nimmt man die Lippen zwischen die Finger, so fühlt man eine ganze Menge harter, etwa hanfkorn- bis erbsengrosser, ja einzelner noch grösserer Tumoren, die dicht unter der Schleimhaut zu sitzen scheinen. Biegt man die Lippen über den Finger mit der Schleimhaut nach aussen, so sieht man mehrere, in Folge des von den grösseren Tumoren ausgeübten Drucks anämisch gewordene blasse und etwas hervorgewölbte Stellen von dem normal gefärbten Niveau der Schleimhaut sich abheben. Selbst starker Druck wird nicht schmerzhaft empfunden. Oberhalb des rechten Nasenflügels etwa erbsengrosser, nicht schmerzhafter, auf dem Knochen verschieblicher, von der unverehrten Haut bedeckter Tumor. Sonst keine Drüenschwellungen. Schleimhaut des Mundes und Rachens nicht entzündet, nur Zahnfleisch an den wenigen noch vorhandenen, schlechten Zähnen etwas geschwollen, geröthet und leicht blutend. — Der Status ergibt, dass Pat. vor vielen Jahren S. acquirirt hat. Das typische Aussehen der von exulcerirenden Gummata der Haut hinterlassenen Narben an den Unterschenkeln, die in

Folge einer syphilitischen Periostitis resistierende Verdickung der Tibia sind charakteristisch (jene plattenförmigen Verdickungen der Haut des linken Unterschenkels dagegen wohl nur Folgen der bestehenden leichten Stauungserscheinungen; ebenso nur consecutive Erkrankung die Veränderung am linken Mundwinkel, ein acutes Ekzem, das auch nach 4tägiger Behandlung mit Ung. Diachyl. Hebrae vollkommen schwand). Auch die Affection der Lippen nichts Anderes als S. der Lippenschleimdrüsen, was auch die Therapie bewies: auf Jodkali geradezu überraschende Reaction; nach wenigen Tagen schon Rückbildung der Tumoren deutlich wahrnehmbar, und jetzt, nach 4 Wochen, kaum etwas von Entstellung des Gesichtes mehr zu bemerken, ebenso nichts von dem oberhalb der Lippe befindlichen Tumor. Autor bezeichnet die Affection wegen des markantesten Symptoms, der Verdickung der Lippe als „Makrocheilie“, welcher Ausdruck bisher nur für die durch Lymphangiectasien und Lymphangiome, sowie für die durch katarhalische Entzündung der Glandulae labiales (bisher 7 Fälle bekannt) entstandenen Lippenverdickungen galt. In jedem Falle von Makrocheilie wird man also nunmehr gut thun, auch auf S. zu fahnden, um event. eine wirksame Therapie einzuleiten!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 24.)

- Gutmann stellt einen Kranken vor, der ein **papulöses Syphilid der Conjunctiva bulbi** aufweist. Vor 7—8 Wochen Ulcus am Penis, vor 8—10 Tagen Allgemeinerscheinungen, dann Schmerzen am rechten Auge in der Ciliargegend. Kleine, flache, rothbraune, auf der Sclera verschiebbare Geschwulst in der Nähe des Cornealrandes. 3 Autoren haben vorher solche Fälle veröffentlicht. — Blaschko erinnert daran, dass Pat. Schmied sei und bei seiner Arbeit das rechte Auge dem Feuer zuwende, woraus es sich wohl erklärt, dass gerade dies Auge afficirt ist.

(Verein für innere Medicin 1895, am 27 Mai. — Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 49.)

**Tabes dorsalis.** Gegen die lancinirenden Schmerzen empfiehlt Blondel folgendes Verfahren: „Man lässt den auf seinem Bette liegenden Patienten die Oberschenkel

möglichst stark gegen das Abdomen flectiren, so dass die Kniee dem Kinn sich nähern. Durch Anziehen eines um den Nacken und unter den Knieen angelegten Gurtes ist es möglich, ohne Anstrengung diese etwas sonderbare Lage während 5 Minuten einzuhalten. Dabei kann der Pat. beliebig in Rücken- oder in Seitenlage liegen. Durch die starke Beugung der Wirbelsäule nach vorn, sucht Blondel eine Extension des Rückenmarks zu erzielen. Diese Methode ist mit der Aufhängung der Tabiker nahe verwandt; sie hat vor derselben den Vorzug der Ungefährlichkeit und der leichteren Anwendbarkeit. Das einzig Unangenehme dabei ist die Beeinträchtigung der Athmung durch die flectirten Oberschenkel. Lässt man aber die Oberschenkel etwas abduciren, damit der Bauch nicht zu stark comprimirt wird, so wird diese Haltung leicht erträglich. In einem Falle von T. mit äusserst hartnäckigen lancinirenden Schmerzen, welcher ohne Erfolg mit Antipyrin, Phenacetin, Argent. nitr. behandelt worden war, sah B. nach 8 Tagen seiner Extensionscur die Schmerzen verschwinden. 1 Monat später kehrten die Krisen wieder; Pat. unterzog sich einer neuen 14tägigen Extensionscur, in Folge welcher die Schmerzen seit 2 Jahren vollständig ausgeblieben sind.“

(Rev. de thérap. 1895 No. 7. —  
Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 9.)

- Dr. S. Kalischer beobachtete einen **Fall von T. mit Kiefernekrose**. Die T. begann Frühjahr 1883. December 1893 wurden in dem linken Unterkiefer 2 Backenzähne und ein Mahlzahn lose, und kurze Zeit darauf fielen diese 3 völlig gesunden Zähne aus, bei nur etwas gelockertem Zahnfleisch und ohne Schmerzen und Entzündungserscheinungen. 8 Tage später erst Stiche in der linken Unterkiefergegend, Röthung und Schwellung des Zahnfleisches, Entleerung eines blutigen, stinkenden Eiters aus demselben, der erst fortblieb, als ein nekrotisches Knochenstück aus dem linken Unterkiefer entfernt wurde; wenige Tage später Heilung und Vernarbung. — Von trophischer Kiefererkrankung bei T. bisher 22 Fälle bekannt; bei 10 davon Kiefernekrose, sonst nur Zahnausfall und einfache Atrophie des Kiefers. Verlauf meist der gleiche: erst fielen

die gesunden Zähne bei intactem Zahnfleisch ohne deutliche Entzündungserscheinungen schmerzlos aus, dann folgte sichtbare Atrophie des Kiefers mit oder ohne Nekrose; Zahnfleisch an den betreffenden Stellen meist analgetisch, während an den anderen Partheen desselben die Empfindung mehr oder weniger erhalten war. Nekrotisirung, Abstossung, Vernarbung gingen meist sehr schnell vor sich. In allen Stadien der T. kommt die Complication vor, auch zu einer Zeit, wo noch alle anderen Erscheinungen der T. fehlen. Mitunter in diesen Fällen auch andere trophische Störungen (Arthropathieen, Ausfallen der Nägel, Mal perforant) gleichzeitig vorhanden. Die Ursache der trophischen Kiefererkrankung auf Betheiligung des Nervus trigeminus am tabischen Prozesse zurückzuführen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 Nr. 19.)

**Tetanus.** L. Oscherowski berichtet von einem Fall von T., geheilt durch subcutane Carbol-Injectionen: 42jähriger Bauer kommt mit einer Schusswunde der linken unteren Extremität ins Hospital. Reinigung der Wunde, Desinfection mit Sublimat, Verband mit Jodoformmarly. Am 6. Tage Kieferklemme, am 10. sehr ausgesprochener Trismus, am 12. Beginn von allgemeinen Convulsionen und tetanischen Zuckungen, welche weder durch Morphinum, noch Opium oder Chloral beeinflusst wurden und das Leben des Pat. ernstlich bedrohten. Am 20. Tage Beginn der Injectionen:

Rp.

*Acid. carbolic. 0,6*

*Aq. dest. 30,0*

M. D. S. 3 stündl. 12 Tropfen subcutan zu injiciren.

Schon 2 Tage später Zuckungen schwächer, Athmung leichter, am 35. Tage der Krankheit Pat. geheilt entlassen, nachdem im Ganzen 28. Injectionen ausgeführt worden waren.

(Wojenno-medieinski Journal, März 1895. —  
Litteraturbeilage zur St. Petersburger Medic. Wochenschrift 1895 Nr. 4.)

— Prof. Gussenbauer stellt einen durch Chloralhydrat-Morphiumbehandlung im Dunkelzimmer geheilten Fall von T. traumaticus vor: einem 22jährigen Canalräumer



fiel am 6./4. 95 ein Canalgitter auf den Fuss, wodurch eine Rissquetschwunde der rechten Zehe entstand. Am 23./4. Unruhe und Appetitmangel, Tags darauf Trismus. Am 27./4. Aufnahme in die Klinik mit ausgesprochenem T. (Risus sardonicus, Trismus, Opisthotonus, Hyperidrosis, Krampfanfälle im Bereich der Extremitätenmuskulatur). Anfangs 5 gr, später 6 gr Chloralhydrat pro die und gelegentliche gleichzeitige Morphium-Injectionen. Allmähliche Abnahme der Erscheinungen, jetzt Heilung, nur kann Pat. den Mund nicht so gut öffnen, wie früher. Während der Chloralbehandlung war ein zuerst scharlachartiges, dann multiformes Exanthem aufgetreten.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 7. Juni 1895. — Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 24.)

**Urethritis.** Pellissier empfiehlt warm Citronensäure gegen Gonorrhö als selbst in hartnäckigen Fällen wirksames Mittel. Bei U. anterior 6 Mal täglich gewöhnliche Injectionen mit 1% Lösung oder Urethralauspülungen; zu letzteren nimmt man eine Lösung von 8 gr Citronensäure auf 1—1½ Liter Wasser und wäscht täglich damit die Harnröhre aus. Nach 4—5 Spülungen soll in nicht complicirten Fällen die Gonorrhö geheilt sein. Bei U. posterior Injection der gleichen Lösung in die Blase; man injicirt 400 ccm auf einmal und wiederholt die Injectionen, bis die 1—1½ Liter verbraucht sind (die Injectionsflüssigkeit wird in der normalen Weise entleert).

(Rev. int. de méd. et chir. 1895 No. 1. — Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895, No. 9.)

— Dr. K. Friedlieb (Homburg) hat ein **einfach construirtes Instrument zum Einführen von Salben in die Harnröhre bei Gonorrhö** vielfach mit gutem Erfolge angewandt. Das Instrument (B. B. Cassel, Frankfurt a. M., Neue Zeil. Preis: M. 2,50) besteht aus einem 12 cm langen Metallkatheter, der an seinem unteren Ende mit einem Gewinde versehen ist, das genau auf das Mundstück der bekannten Zinntuben passt, wie solche bei Malerfarben oder bei Dr. Graf's Borglycerinlanolin im Handel abgegeben werden. Eine solche Tube, welche mit jeder Salbe gefüllt werden kann, wird also an den Katheter angeschraubt, worauf durch Druck auf die

gefüllte Tube die Salbe bis zur Mündung des Katheters gebracht wird (um diesen Cylinder rasch zu bilden, muss man den Katheter vorher etwas erwärmen, was aber meist nur das 1. Mal vor dem Gebrauch nöthig wird, während später die Erwärmung ganz von selbst in der Harnröhre erfolgt). Der gut eingefettete Katheter (Befettung mit dem Inhalt der Tube) wird nun vorsichtig soweit als nöthig in die Urethra eingeführt und sofort wieder unter stetem Druck auf die Tube herausgezogen, so dass in der Harnröhre ein Salbencylinder gebildet wird, der die erkrankte Schleimhaut gleichmässig berührt. Die Benützung ist also noch einfacher, wie das Einführen der Antrophore, und man kann zudem noch ein ganz beliebiges Medicament in die Harnröhre bringen. Die Tuben sind so billig, dass man sie nach einmaligem Gebrauch fortwerfen kann.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 25.)

**Urticaria.** Einen Beitrag zur Aetiologie und Therapie der U. liefert Dr. C. Berliner (Aachen): Zunächst 2 Fälle von U. ab ingestis. Eine Patientin erkrankte  $\frac{1}{4}$  Stunde nach dem Genusse von Leberwurst mit Erbrechen, Schüttelfrost und intensivem Juckreiz am ganzen Körper; gleich darauf an verschiedenen Körperstellen Quaddeln, die durch Confluenz nach und nach ganze Hautstrecken überschwemmten. Alles nach  $1\frac{1}{2}$  Stunden unter Abreibungen mit in essigsaures Wasser getauchten Tüchern verschwunden. Im 2. Falle entstand die U. nach Genuss frischen, noch warmen Brodes. — Ferner Fall von U. im Anschluss an die Vaccination und Fall im Anschluss an die Dentition. In diesen beiden Fällen bediente sich Autor gegen das Jucken einzelner Efflorescenzen eines Mittels, das sich ihm auch gegen die juckenden, durch Mückenstiche hervorgerufenen Quaddeln bewährt hatte; jede Quaddel wird möglichst bald nach ihrem Entstehen mit etwas kaltem Wasser befeuchtet und dann mit einigen Körnchen Kochsalz, die man auf die angefeuchtete Fingerkuppe des Zeigefingers nimmt, 10—15 Secunden abgerieben; an der so behandelten Stelle empfindet man zunächst für einige Augenblicke ein leichtes Brennen, dann eine wohlthuende Kühle (bei kleinen Kindern und Leuten mit zarter Haut über die gereizte Hautstelle etwas Zinksalbe oder Streupulver! Man behandle nicht

zu viel Quaddeln auf einmal, um stärkere Hautreizung zu vermeiden!) Der Juckreiz hört rasch auf, meist verschwinden auch bald die Quaddeln. Es eignen sich für diese Behandlung am meisten die kleineren Quaddeln und die Efflorescenzen der papulösen Form der U. — Endlich beschreibt Autor einen Fall von U. e terrore. Während die mit Kochsalz behandelten Quaddeln nach 3 Stunden verschwunden waren, hatten 2 experimenti causa unbehandelte Quaddeln mehr als 6 Stunden bis zum Verschwinden nöthig. — Neben Abreibungen mit essigsauerm Wasser oder Kochsalz leisten warme Bäder gute Dienste zur Milderung des Juckreizes. Stets Regelung der Diät erforderlich. In frischen Fällen von toxischer U. Purgantien, namentlich Calomel.

(Dermatolog. Zeitschrift 1895 Bd. II. Heft 3.)

**Vaginismus.** Nicht selten beobachtet man bei jung verheiratheten Frauen einen V. blennorrhischen Ursprunges, entstanden durch Uebergreifen des blennorrhischen Entzündungsprocesses auf die nicht vernarbten Lappen des Hymens. Gegen diese äusserst schmerzhaft Affection wandte Barbier erfolgreich eine 1,25 % Cocainlösung an, die er, während die Schamlippen auseinander gehalten wurden, mittelst Richardson'schen Sprays applicirte. Täglich lauwarme Bäder von 4—2 Stunden Dauer unterstützen die Behandlung, bei welcher der V. in der Regel nach 8—10 Tagen verschwunden ist.

(La sem. méd. 1895 Nr. 18. —  
Wiener medic. Presse 1895 Nr. 17.)

**Verrucae.** Palm empfiehlt:

Rp.

*Acid. trichloracetic. 9,0*  
*Alkohol. 1,0*

M. D. S. Täglich 1 Mal  
aufzustreichen

Rp.

*Acid. salicyl.*  
*Acid. lactic. aa 2,0*  
*Collod. 4,0*

oder

M. D. S. Täglich 2 Mal  
aufzustreichen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 15.)

**Vitia cordis.** Dr. Wenzel (Magdeburg-Sudenburg, städt. Krankenanstalt) hat das **Digitoxin** (Merck), das wirksamste Agens der Digitalis purpurea, therapeutisch

angewandt und zwar mit bestem Erfolg. In Betracht kommen hier 3 Patienten mit reinen Herzklappenfehlern, 3 mit Myocarditis und 3 mit Nephritis, meist Schwerkranke, bei denen die Incompensation der Herzthätigkeit, die Stauungen im grossen und kleinen Kreislauf, die Störungen der Urinsecretion ganz hervorragende waren, so dass von vorn herein die Prognose äusserst dubiös ad malam vergens zu stellen war. Wegen der meist schon vorhandenen Magenalteration wurde das Mittel als Klystier applicirt, und zwar nach jedesmaligem Reinigungsklystier zuerst 3 Mal am Tage, später nur 2 Mal, zuletzt nur 1 Mal 15 gr einer Lösung:

Rp.

*Digitoxin. 0,01*

*Alkohol. 10,0*

*Aq. dest. ad. 200,0*

auf ein 100 gr Wasser enthaltendes, lauwarmes Klystier gegeben, also pro dosi 0,00075 Digitoxin. 2 Mal handelte es sich um reine Insuffic. valv. mitral. mit mässiger Compensationsstörung, die bereits nach Verabfolgung einiger weniger Klystiere als vollständig behoben betrachtet werden musste. Der 3. derartige Fall, der allerdings schwerere Symptome darbot und letal endete, zeigte dieselbe prompte Reaction des Herzmuskels auf das Cardiacum in der kurzen Zeit von 12—18 Stunden. Bei allen 3 Fällen als Wirkung des Mittels rapider Abfall der Puls- und Athmungszahl, deutliche Zunahme der Pulswelle, steiler Anstieg der Urinmenge. Gleich günstiger Erfolg bei Myocarditis; alle 3 Patienten reagiren auf das Digitoxin tadellos, 2 davon sogar zu wiederholten Malen. Hier schwere Krankheitsbilder: hochgradige Athemnoth, fortgesetztes Schnappen nach Luft, schreckliche Angstanfälle, ausgesprochene Cyanose, starke Oedeme, welche Symptome mehr oder minder rasch der Therapie weichen (ein Patient hatte vorher 9 Flaschen Digitalisinfus ohne Erfolg verbraucht, ebenso wie bei den anderen zum Theil Digitalis, Strophantus, Spartein bereits vergeblich angewandt worden waren). Auch bei den Nephritisfällen Erfolg der Digitoxintherapie eclatant: Steigen der Urinmenge, Fallen des specif. Gewichts und Eiweissgehalts und vor Allem auffällig schnelle Besserung des Allgemein-

befindens; ein Patient hatte neben der Nephritis noch Myocarditis und bot ein äusserst schweres Krankheitsbild dar, das aber bald nach der Application des Digitoxins in eclatanter Weise eine Wendung zum Besseren nahm. Bei keinem von den 9 Fällen wurde also ein negatives Resultat verzeichnet, das Digitoxin erwies sich vielmehr als ein mächtiges Cardiacum bei Herzklappenfehlern und Myocarditis, das noch Erfolg hatte, wenn andere Medicamente sich als wirkungslos erwiesen, und es zeigte ferner eine ausgezeichnete diuretische Wirkung, die besonders dann, wenn der Circulationsapparat in Mitleidenschaft gezogen war, in der ausgiebigsten Weise hervortrat.

(Centralblatt für innere Medicin 1895 No. 19.)

- Bachus (Jena) bespricht die **Herzerkrankungen bei Masturbanten**: er konnte bei 10 Fällen, bei welchen es sich um Neurastheniker handelt, die viel onanirt hatten und meist über Herzbeschwerden klagten, mässige Verbreiterung der Herzdämpfung (meist nach beiden Seiten, seltener nur nach links) nachweisen, die er, ohne die Möglichkeit einer Dilatation zu leugnen, auf Herzhypertrophie zurückführt, zumal durchwegs Verstärkung des Spitzenstosses bei gut gespanntem Pulse, sowie Verstärkung der Gefässtöne constatirt wurden. Als Ursache der Herzvergrösserung nimmt Autor die Erhöhung der Herzarbeit an, die mit der Masturbation verbunden ist.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. 54 Heft II.)



## Vermischtes.

---

- Einen **Fall von Simulation** publicirt Dr. Schuckelt (Schmiedeburg): In einer Gerichtssache zu einem Gutachten über den Gesundheitszustand einer Dienstmagd aufgefordert, welche von ihrem Dienstherrn vor längerer Zeit eine Tracht Prügel erhalten hatte und sich seitdem angeblich erst nur unter grossen Schmerzen und jetzt gar nicht mehr bücken konnte, schloss Autor aus dem Mangel jeglichen Befundes sofort auf Simulation, zu deren Nachweis er sich folgenden einfachen Mittels bediente: er erklärte ihr, dass er ihr ganz nach ihrem Wunsche das Attest ausstellen wolle und überreichte ihr nach einigen Minuten scheinbar dasselbe, es dabei aber absichtlich fallen lassend. Wie der Blitz fuhr das Mädchen hinunter, hob es dienst-eifrig auf und war entlarvt!

(Der ärztl. Praktiker 1895 No. 8.)

- Die **Verordnung von Alkohol zu therapeutischen Zwecken** geschieht, so schreibt Prof. Liebreich, falls eine genauere Dosirung erwünscht ist, nicht durch käufliche Getränke, sondern durch Verschreiben des Spiritus unserer Pharmakopoë (kann der Apotheker einen Getreidespiritus beschaffen, so ist's am besten). Diesem Alkohol setzt man indifferente Geschmackscorrigentien zu. Ein sehr angenehm schmeckendes Präparat liefert:

**Rp.**

*Spiritus 120,0*  
*Tinct. Aurant. 6,0*  
*Tinct. Zingib. 1,0*  
*Aq. dest. ad 200,0*

(Therap. Monatshefte 1895 No. 5.)

- Dr. A. Heidenhain (Berlin) empfiehlt einen **Salbenreiber (Inunctor)**, der das wenig ästhetische und nicht sehr vortheilhafte Einreiben der Salben mit der Hand, namentlich bei indifferenten Salben, beseitigen soll. Das billige Instrument (hergestellt bei Max Kähler & Martini, Berlin W.) besteht aus einer keulenförmigen Handhabe, deren abgeflachter Kopf durch Auflegen einer elastischen Masse eine kugelige Form erhält (die Unterlage); der so geformte Kopf wird mit Stoff oder weichem Leder überspannt, so dass Erneuerung leicht möglich ist. So geht nicht ein grosser Theil des Medicamentes durch Verflüchtigen und durch Absorption der einreibenden Hand verloren, sondern man kann ganz bestimmte Dosen einreiben ohne Mühe und Unsauberkeit.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 20.)

- Im Anschluss daran hebt Dr. Ziemssen (Wiesbaden) hervor, dass er bereits vor 19 Jahren einen derartigen **Inunctor** eingeführt hat, durch den vermieden werden sollte, dass wesentliche Theile der Salbe verloren gingen. Sein Instrument habe verschiedene Vorzüge: es sei aus Glas, ohne Leder- oder Gummiüberzug, daher leicht und gründlich zu reinigen und fähig, allen Bestandtheilen der Salbe Widerstand zu leisten, während „Stoff“ oder „Leder“ Schmutz- und Salbentheile in sich aufnimmt; zweitens hätten seine Glaskolben rechtwinkelige Form, wodurch sie handlicher und praktischer wären. Die Glaskolben zu beziehen z. B. von Alt, Eberhardt & Jäger (Ilmenau in Thüringen), Preis: M. 1,50.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 22.)

- Dr. W. Steckel (Wien) verfißt die Ansicht, dass **Coitus im Kindesalter** gar nicht selten ist. Fordert man intelligente Personen auf, genau nachzudenken, so erinnern sich so und so viele gewisser Vorgänge aus ihrer Kindheit, die sich als Anfänge des Geschlechtstriebes erweisen. Meist kommt es zu einem mit für die Kinder überraschenden Wollustgefühl verbundenen Betasten der Genitalien. Oft genügt der blosse Anblick derselben, wie er sich zufällig beim Spiel ergiebt, um plötzlich mit elementarer Gewalt bisher ungekannte Geschlechtsgefühle hervorzurufen. Meist spielt sich

der Sexualact in der Vulva ab, einige der Beobachtungen des Autors sprechen sogar dafür, dass auch vollständige Immission des Penis stattfindet, was dadurch erleichtert werden kann, dass das Hymen ringförmig oder rudimentär entwickelt ist, vielleicht auch, dass es in der Jugend so reich an elastischen Fasern ist, dass es dem Eindringen des zarten Kinderpenis keinen grossen Widerstand entgegensetzt. Der Coitus selbst scheint nicht viel Schaden zu verursachen, wohl aber regt er den Sinn für Onanie an, wozu letzterer dann die Individuen zum Opfer fallen. Der Arzt und Pädagog muss daher diese Thatsachen kennen, um eine dementsprechende Hygiene des Kindesalters zu veranlassen, bei der hauptsächlich folgende Punkte in Betracht kommen:

1. Es dürfen unter keiner Bedingung Kinder verschiedenen Geschlechts zusammen schlafen.
2. Kinder über 4 Jahre dürfen nicht das Schlafgemach ihrer Eltern theilen.
3. Kinder dürfen unter keinen Umständen von Mägden oder Gouvernanten ins Bett genommen werden.
4. Die Kinder verschiedenen Geschlechts dürfen nie an dunklen Orten und nie ohne Aufsicht spielen.
5. Die Knaben müssen öfters in der Nacht auf Erection untersucht werden.
6. Der Anstandsort darf nur von einem Kinde einzeln aufgesucht werden. Ein längeres Verweilen daselbst ist zu verbieten.
7. Kinder verschiedenen Geschlechts dürfen in der Schule nicht in einer Classe unterrichtet werden.

(Wiener medic. Blätter 1895 No. 16.)

— **Rasche Mumification des Nabelrestes beim Neugeborenen** ist erste Bedingung, um Complicationen unangenehmer Art zu vermeiden. Dr. Schliep (Stettin) erreichte jene ausserordentlich rasch durch 2 Mal tägliches Bepinseln des Nabelschnurrestes mit 2% Argent. nitric.-Lösung (die ja die Hebeammen als Augenmittel bei sich führen); schon am 2. Tage nach der Geburt fängt der Appendix an trocken-lederartig zu werden, am 2. Tage ist er auf den 5. Theil seines Volumens zusammengeschrumpft und fällt am 3.—4. Tage ab.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 6.)



- Zur **Entfernung von Blut von Händen, aus Schwämmen, Verbandstoffen, Instrumenten** empfiehlt als sicheres Mittel Dr. A. Benckiser (Karlsruhe) die Weinsäure (1 Kaffeelöffel voll auf ein Waschbecken lauwarmen Wassers) zur Waschung, natürlich ohne Benützung von Seife. Nach der Abwaschung mit dieser Lösung erfolgt Durchspülung in frischem Wasser.

(Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 25.)



## Bücherschau.

**Die Anomalieen der Refraction und Accommodation.** Praktische Anleitung zur Brillenbestimmung. Von Doc. Dr. L. Königstein. 2. Auflage. Wien und Leipzig 1895, Verlag von W. Braumüller. 100 S. Preis: M. 2,40.

Das Buch, eigentlich für die Hörer des Autors bestimmt, denen es die in den praktischen Cursen gehaltenen Vorlesungen im Auszuge und in gedrängter Kürze überliefern sollte, um sie in das Studium dieses schwierigen Gebietes einzuführen und deren Verständniss zu erleichtern, kann auch dem praktischen Arzte bestens empfohlen werden, dem es als Repetitorium und Nachschlagebuch gewiss gute Dienste leisten wird. Besonders der specielle Theil mit seinen typischen, aus der Praxis geschöpften Beispielen für jede Anomalie der Refraction und Accommodation und seiner präzisen, klaren Darstellung aller wichtigen, für die Praxis in Betracht kommenden Momente wirkt ungemein lehrreich. 47 Holzschnitte erläutern den Text auch bildlich, so dass wohl kaum Jemand, der das Werkchen fleissig durchstudirt hat, für die Praxis ungenügend vorbereitet sein dürfte.

In dem gleichen Verlage erschien (specielle Besprechung vorbehalten):

**Ueber die geschichtliche Entwicklung der internationalen Gesundheitspflege.** Von Dr. Justin Karlinski. 72 S. Preis: M. 1,40.

**Carcinosis, ein neues Krankheitsbild.** Von Dr. Vopelius. München 1895, Verlag von Seitz & Schauer. 37 S. Preis: M. 1,50.

Hofft der Verfasser wirklich, dass man ihn ernst nimmt? Wir haben mit einem langen, langen Kopfschütteln über die Lecture

seines „Werkes“ quittirt, und so wird es wohl Jedem ergehen, der das Büchlein aus der Hand legt, worin der Autor die „grossartigste Entdeckung“, „eine der epochemachendsten auf klinischem Gebiete, seitdem man Diagnosen zu stellen und Krankheiten zu heilen versucht“ der kopfschüttelnden Menschheit klar legt, bei der er sich durch derartiges bescheidenes Selbstlob höchst vortheilhaft einführt. Autor ist also der Entdecker der „Carcinosis“, eines Krankheitsbildes, das fast sämtliche Krankheiten, die existiren, verschlingen muss, weil letztere eben alle auf „Carcinosis“ beruhen, einer constitutionellen Krankheit, deren Parasiten man wegen seiner Kleinheit bisher nicht aufgefunden hat und die in 3 Perioden, der scrophulösen, neurasthenischen und carcinomatösen zum Ausdruck kommt. Enuresis nocturna, Neurasthenie, Impotenz, Pleuritis, Morbus Brightii, Apoplexie, Epistaxis, Chlorose u. s. w., sie sind sämtlich carcinomatösen Ursprungs und sämtlich durch Lysol in hohen Dosen (bis 30 gr pro die!) heilbar. Wir wollen nur noch einen Satz aus dem Buche citiren, um zum Studium des Ganzen aufzufordern: „Die Carcinosis ist die häufigste Erkrankung des menschlichen Körpers. Kinderlähmungen, epileptoide Anfälle, geringe Widerstandsfähigkeit gegen acute Krankheiten und plötzliche, ganz unvermuthet eintretende Todesfälle durch diese acuten Krankheiten der geschützteren Organe, wie z. B. der Nieren, des Herzens, des Gehirns, der Leber u. s. w., Neigung zum Chronischwerden der letzteren, bei Knaben fast regelmässig vom 11.—12. bis zum 18.—19. Jahr periodisch wiederkehrende Epistaxis, bei Mädchen frühzeitige profuse Menstruation mit endo- und perimetrischen Affectionen gehören alle zum Symptomencomplex der scrophulösen Periode der Carcinosis.“

In dem gleichen Verlage erschien (specielle Besprechung vorbehalten):

**Heilkunst und Heilwissenschaft.** Von Stabsarzt Dr. J. Fröhlich. 32 S. Preis: M. 1.

**Der Hypnotismus.** Von Dr. Albert Moll. 3. vermehrte Auflage. Berlin 1895, Fischer's medic. Buchhandlung (H. Kornfeld). 380 S. Preis: M. 6,50, gebd. M. 7,50.

Das Buch hat mit vollem Recht in kurzer Zeit (die erste Auflage erschien 1880) die weiteste Verbreitung und eine Berühmtheit weit über die Grenzen unseres Vaterlandes hinaus erlangt. Ist es doch fast das einzige, welches nicht einer Seite des Gegenstandes besondere Würdigung zu Theil werden lässt, die anderen Seiten

aber vernachlässigt, sondern das allen Seiten in durchaus gleichmässiger Weise Rechnung trägt und auch nicht allein für Mediciner bestimmt ist, sondern auch für Psychologen und Juristen, die, weil nach des Autors Ansicht der Hypnotismus ein Gebiet der Psychologie ist, daran ein ebensolches Interesse haben müssen, wie der Arzt. Moll, der den Gegenstand beherrscht, wie selten einer, hat in seinem Werke alles Wichtige darüber mit erstaunlichem Fleiss und bewunderungswerther Geschicklichkeit zusammengetragen und zu einem Ganzen verarbeitet, das um so werthvoller ist, als der Verfasser eigene Experimente und Beobachtungen überall mit dem aus der Litteratur Geschöpften verflücht. Der Verfasser versteht es, sich klar und präcis auszudrücken, übersichtlich darzustellen und alles Ueberflüssige zu vermeiden. Das Werk zerfällt in die Abschnitte: Geschichtliches, Allgemeines, Symptomatologie, Psychologie, verwandte Zustände, Theoretisches, Simulation, Medicinisches, Forensisches, Thierischer Magnetismus. Dass Verfasser die Geschichte des Hypnotismus in dieser Auflage bis in die neueste Zeit fortgeführt und auch in den anderen Capiteln das Gebiet dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft entsprechend bearbeitet hat, versteht sich von selbst, und so täuscht uns wohl die Erwartung nicht, dass das Werk sich viele neue Freunde erwerben wird zu seinen zahlreichen alten.

**Archiv für Verdauungskrankheiten mit Einschluss der Stoffwechselfathologie und Diätetik.** Herausgegeben von Dr. J. Boas (Berlin). Verlag von S. Karger in Berlin. Alle 3 Monate ein Heft von 5—8 Druckbogen. 4 Hefte = 1 Band. Preis pro Band: M. 16.

Dies neue Archiv bringt Originalarbeiten, umfassende Sammelreferate von besonderen für jedes Land gewonnenen Referenten, ein erschöpfendes Litteraturverzeichnis und Bücherbesprechungen. Als Herausgeber betheiligen sich bei dem durchaus zeitgemässen Unternehmen die Proff. Dr. Fleiner (Heidelberg), Leichtenstern (Cöln), v. Mering (Halle), v. Noorden (Frankfurt a. M.), Oser (Wien), Penzoldt (Erlangen), Riegel (Giessen), Rosenbach (Breslau), Rosenstein (Leiden), Schreiber (Königsberg), Stiller (Budapest). Auch unter den Referenten finden wir Namen von bestem Klange, der Inhalt des ersten Heftes weist, wie wir aus dem Prospect ansehen, eine Reihe von Arbeiten aus der Feder von Boas, Rosenbach, v. Noorden, Reichmann auf, kurz wir können dem Unternehmen, wenn es hält, was es verspricht, eine günstige Prognose stellen.

**Zeitschrift für sociale Medicin.** Herausgegeben von S. R. Dr. A. Oldendorff (Berlin). Verlag von Georg Thieme in Leipzig. Zwanglose Hefte à 4—5 Bogen. 6 Hefte = 1 Band. Preis pro Band: M. 6, pro einzelnes Heft: M. 1,20.

Das Programm dieser neuen, seit April erscheinenden Zeitschrift, die sich „Organ zur Vertretung und Förderung der Gesamt-Interessen des ärztlichen Standes nennt, ist ein reichhaltiges und gediegenes, durchaus dazu angethan, das Interesse jedes denkenden, an den socialen Aufgaben der Gegenwart, besonders soweit sie den Arzt betreffen, mitwirkenden Collegen zu fesseln. Die uns im Prospect angekündigten Aufsätze sind vielversprechend und der Inhalt des ersten, uns vorliegenden Heftes, zeigt ebenfalls, dass wir es hier mit einem empfehlenswerthen Unternehmen zu thun haben, das weite Verbreitung verdient. Das Heft enthält: „Der Arzt und der Kranke“ von Geh. Medic.-Rath Prof. König, „Warum kann der ärztliche Beruf nicht als ein Gewerbe angesehen werden?“ von Geh. Medic.-Rath Dr. Schwarz, „Die Stellung des Arztes in den Vereinigten Staaten“ von Prof. Dr. Rhodé, „Die Entwicklung der städtischen Heimstätten für Genesende Berlins“ von Stadtrath Marggraff. Ausserdem finden wir zahlreiche „Kritiken und Referate“, „Tagesfragen“, Correspondenzen“, „Gesetzgebung und Rechtspflege“ und „Kleine Mittheilungen“.

**Munk und Uffelmann's „Ernährung des gesunden und kranken Menschen“.** Bearbeitet von Munk und Ewald. 3. Auflage. 1. Hälfte. Wien und Leipzig 1895. Verlag von Urban & Schwarzenberg. 272 S. Preis: M. 7.—.

Wir begrüßen das Erscheinen der 3. Auflage dieses hochbedeutenden, auf dem Gebiete der Ernährungslehre fast einzig dastehenden Werkes, ohne dasselbe besonders zu empfehlen. Einer Empfehlung bedarf es nicht mehr! Auch das braucht wohl kaum besonders hervorgehoben zu werden, dass die Verfasser — statt Uffelmann's, des leider zu früh Verstorbenen, hat Prof. Ewald, bekanntlich eine Autorität in diesem Specialfache, die Bearbeitung des einen Theiles übernommen, — alle Fortschritte der Wissenschaft berücksichtigt haben. Auch der erfahrenere, vor Allem aber der junge, in die Praxis eintretende Arzt kann sehr viel aus dem ausgezeichneten Buche lernen.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 12.**

Preis des Jahrgangs  
Mk. 4 = 5 Fr. excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann in Basel und Leipzig.

*September*

*IV. Jahrgang*

*1895*

**Anaemie, Chlorose.** Nonne berichtet über die Erfahrungen, die er bei Chlorose mit der Behandlung mit Aderlässen und Schwitzproceduren bei 47 Fällen gemacht hat, nur schweren (20—35 % Haemoglobin) und mittelschweren (35—60 % Haemoglobin), uncomplicirten Fällen, die während der Behandlung genau betreffs des Haemoglobingehaltes (Gower's Apparat) und der Zahl der rothen Blutkörperchen beobachtet wurden. Nie üble Folgen, aber auch keine zur Aufnahme dieser Therapie aufmunternde Resultate: meist nahm, obwohl ja subjective Besserung eintrat, der Haemoglobingehalt erst zu, wenn Eisenpräparate gegeben wurden. — Prof. Lenthartz sah bei guter Eisentherapie stets sehr bald Zunahme des Haemoglobingehaltes, er hat von obiger Therapie nie Gebrauch gemacht. Autor bevorzugt die Blaud'schen Pillen, bei deren Gebrauch der Haemoglobingehalt in 3—4 Wochen oft um 30—40 % zunahm; sie sind das beste Eisenpräparat, besonders wenn sie aus Magnes. usta, Glycerin und Ferr. carbonic. bereitet sind. Aderlässe erscheinen ihm bei Chlorotischen gefährlich, da bei letzteren oft Neigung zu Thrombosen vorliegt, wodurch leicht Embolien in das Herz und die Gehirnsinus entstehen können. — Nonne hat allerdings auch bei 2 Fällen schwerer Chlorose Symptome gesehen, die bei leichter Somnolenz, Nackenschmerzen und Nackensteifigkeit, aphasischen Störungen und Herzschwäche ihm den Gedanken an thrombotische Vorgänge nahe legten, die an den Sinus etablirt seien; in diesen Fällen sah er auch von jener Behandlung

ab. — G. Cohen mahnt, strenger zwischen Chlorose und essentieller Anaemie zu unterscheiden. Bei ersterer findet man einen vollen, weichen Puls, erregte Herzthätigkeit, oft nachweisbare Herzerweiterung, später auch Oedeme bei spärlicher Diurese. Diese Fälle fasst Autor als hydrämische Plethora auf; bei ihnen könnte er sich eine vortheilhafte Wirkung des Aderlasses vorstellen, indem durch Verminderung der Gesamtblutmenge den blutbildenden Organen die Neubildung normalen Blutes erleichtert werde. Eisen versagt hier oft. Absolute Bettruhe befördert die Diurese und bringt die Oedeme zum Schwinden; die Wirkung ist aber oft nur vorübergehend. — Prof. Deutschmann warnt vor den Aderlässen auch mit Rücksicht auf die Augen. Er erinnert an das Vorkommen der Embolie der Arter. centr. retinae bei Chlorose und an die noch unaufgeklärten Fälle plötzlicher Erblindung nach acuten Blutverlusten, die prognostisch absolut ungünstig sind. — Prof. Lenhartz sah einen Fall hochgradiger Anaemie bei Bothrioccephalus latus. Nach Abtreibung des letzteren stieg der Haemoglobingehalt nur um 7% und erst nach Eisengebrauch in wenigen Wochen auf das normale Quantum.

(Aerztlicher Verein in Hamburg, 25. Juni 1895. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 28.)

— Bei gastrischen Störungen chlorotischer Mädchen verordnet Rankin:

Rp.

*Ferr. sulfur.*  
*Papain*  $\overline{aa}$  3,6  
*Extr. cannab. ind.*  
*Extr. nuc. vomic.*  $\overline{aa}$  0,45  
*Extr. rhei* 0,9

M. f. massa pro pill. No. LX.  
S. 2 Pillen nach jeder Mahlzeit,

Gegen die allgemeine Schwäche der Bleichsüchtigen  
gebe man:

Rp.

*Tinct. Digit.*  
*Tinct. nuc. vomic.*  
*Acid. mur. dilut.*  $\overline{aa}$  5,0  
M. D. S. Nach jeder Mahlzeit  
30 Tropfen in Wasser.

Rp.

*Pulv. fol. Digit.*  
*Chinin. sulfuric.*  $\overline{aa}$  1,8  
*Extr. nuc. vomic.* 0,9  
*Pulv. et Succ. Liq. q.s. ut f.*  
massa pro pill. No. 30.  
S. Nach jeder Mahlzeit 1 Pille.

Nach Foxwell muss die Behandlung längere Zeit fortgesetzt werden. Eisenpräparate, sofern dieselben gut vertragen werden, können ohne Störung daneben verordnet werden.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 14.)

**Arznei-Exantheme.** Du Castel stellt einen sehr interessanten Fall von Jodexanthem vor. Pat. zeigt am Körper etwa 50 abgerundete, mit Krusten bedeckte, 50 Centimes- bis 1 Franc-Stück grosse Geschwüre, die vollkommen syphilitisch aussehen. Es handelt sich aber doch um Jodismus. Pat. hatte wegen eines Gumma syphiliticum Jodkalium bekommen; darauf war ein Blasenausschlag entstanden, der aber wieder verschwand und den mit Krusten bedeckten Geschwüren Platz machte. Durch Jod wird dieser Ausschlag verschlimmert, lässt man ersteres dagegen weg, so verschwindet er schnell. Für die Praxis ist es sehr wichtig, zu wissen, dass der Jodismus in so hohem Grade Syphilis ähneln kann, und man sollte immer an diese Möglichkeit denken, wenn im Verlaufe einer Jodkalibehandlung ein neuer Ausschlag auftritt, mag derselbe auch noch so syphilitisch aussehen! — Jaquet berichtet ebenfalls über einen Fall von Jodismus: Ein Syphilophobe nahm regelmässig Jodkalium. Brocq erkannte die Natur des Ausschlags als Jod-Exanthem und verbot den weiteren Gebrauch des Jodkali, zumal gar keine Lues vorliege. Pat. nahm trotzdem das Mittel weiter, bis er schliesslich, mit Geschwüren, Abscessen und Phlegmonen bedeckt, starb.

(Französische Gesellschaft für Dermatolog. u. Syphil. 14 März 1895. —  
Monatshefte für prakt. Dermatolog. 1895 Bd. XX No. 10.)

— Dr. S. Róna stellt ein durch Copaivabalsam verursachtes Erythem vor. Der 17jährige junge Mann bekam 6 Tage hindurch 3 Mal täglich 10—15 Tropfen Bals. Copaiv. Schon am 4. Tage vereinzelter Ausschlag, am 6. Tage die ganze Hautdecke mit Erythema morbilliforme, stellenweise auch mit Urticaria bedeckt, wobei mässiges Jucken bestand.

(Verein der Spitalärzte in Budapest, 29. Mai 1895. —  
Pester medic.-chirurg. Presse 1895 No. 26.)



**Cystitis.** Dr. A. Freudenberg (Berlin) hat das **Cantharidin** mit gutem Erfolge in folgender Form bei C. angewandt:

Rp.

*Cantharidin. (Merck) 0,001*

*Alkohol. ad solvend. 1,0*

*Aq. dest. ad 100,0*

M. D. S. 3—4 Mal täglich 1 Theelöffel.

Zur Behandlung kamen 56 Fälle (14 acute, 31 subacute, 10 chronische, 1 chronischer mit acuter Exacerbation). Bei 5 Fällen kein Erfolg (es waren das aber Fälle, die auch jeder anderen Therapie trotzten, z. B. Tuberculose, Schrumpfblass). Bei 19 Fällen Wirkung des Mittels mässig oder fraglich, d. h. der bestehende Drang wurde beseitigt oder gebessert, oder Trübung des Urins wurde gebessert, aber nicht ganz beseitigt (aber auch hier lagen die Verhältnisse so, dass Heilung durch innere Mittel überhaupt fraglich war). Die übrigen 32 Fälle aber berechtigen den Autor zu dem Ausspruch, dass „das Cantharidin ein Mittel ist, das in den gewöhnlichen Fällen von Blasenkatarrh, auch bei der gonorrhoeischen Cystitis colli, entschieden versucht zu werden verdient.“ Die 32 Fälle kamen unter Cantharidin zur Heilung, und zwar häufig in überraschend kurzer Zeit. Der Urindrang wurde mitunter bereits nach Stunden besser, verlor sich meist innerhalb weniger Tage. Die Trübung der 2. Urinportion machte durchschnittlich innerhalb 1—2 Wochen einem völlig klaren Harn Platz, in 6 Fällen in 3 Tagen sogar völlige Heilung erzielt. 3 Mal konnte bei gonorrhoeischer C. eine Ueberlegenheit des Cantharidin über das Santal festgestellt werden. Cantharidin hat überhaupt vor Santal die Vorzüge ausserordentlicher Billigkeit, der Geschmacklosigkeit und des Freiseins von unangenehmen Nebenerscheinungen (in der Dosis und Form, wie oben angegeben). Bei obigen Fällen nie ernstere Erscheinungen beobachtet (nur 1 Mal juckende Empfindungen in der Harnröhre, 1 Mal stechender Schmerz in der Eichel, 1 Mal Hautjucken, 1 Mal morbilliformes Exanthem), insbesondere nie Magenstörungen, nie Albuminurie!

(Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 23.)

- Villetti empfiehlt gegen **C. blennorrhoea** Blasenausspülungen mit Ichthyol. Bei acuter C. beginnt man damit nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen resp. nach Aufhören des Fiebers, indem man zuerst 0,5% lauwarmer Lösung 2 Mal täglich mittelst elastischer, doppel-läufiger Sonde applicirt, später 1 Mal täglich. Bei chronischer C. spült man 1 Mal täglich mit 1% Lösung. Nach 25—30tägiger Behandlung verschwinden die Symptome der C.

(Sem. médic. 1895 Nr. 22. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 57.)

- Dr. B. Goldberg (Köln) hat einen sehr eigenartigen Fall, eine **plötzliche Heilung einer C. chronica gonorrhoea durch Influenza** erlebt. Die Cystitis bestand bereits seit 1½ Jahren. Es waren während dieser Zeit Besserungen erzielt worden, aber Patient konnte doch kaum je bei Tage über 4 Stunden den Urin halten, jeder Diätfehler hatte eine schwere Exacerbation zur Folge, stets war der Urin eiweisshaltig und eitrig trübe, auch bei einer Untersuchung einige Tage vor Eintritt der Influenza. Letztere trat mit Schüttelfrösten und hohem Fieber 1—2 Tage lang auf und Pat. war 3 Tage lang bettlägerig. Als er wieder aufstand, bemerkte er zu seinem Erstaunen, dass er hellen Urin liess, und Autor constatirte auch vollkommene Heilung der C., deren Vorhandensein vor der Influenza genau (auch cystoskopisch) festgestellt worden war. Nie mehr wurde der Urin eitrig und trübe, Pat. konnte jetzt den Harn beliebig lange halten und grobe Diätfehler begehen. — Wodurch kam diese Heilung zu Stande? Autor kann nur denken, dass Toxine der Influenzabacillen in den Harn übergingen und die eitererregenden Mikroorganismen der postgonorrhoeischen C. in dem Maasse schädigten, dass ihre weitere Entwicklung unmöglich wurde, ähnlich wie es bei der Entwicklungshemmung der Gonokokken durch acute Infectionen, z. B. Pneumonie, Typhus u. s. w. der Fall zu sein scheint. (Centralblatt für innere Medicin 1895 No. 26.)

- Docent Dr. Wertheim ist es gelungen, die Existenz einer **echten gonorrhoeischen C.** festzustellen, an der man bisher stets Zweifel gehegt hat. Bei einem ca. 9jährigen Mädchen mit Vulvovaginitis gonorrhoeica ex stupro, bei dem es zu einer heftigen C. gekommen war, fand er

im Urin massenhaft gonokokkenbeladene Eiterzellen, und in einem hirsekorngrossen exstirpirten Stückchen der Blasenschleimhaut ergab die mikroskopische Untersuchung ebenfalls im Epithel und hinein bis tief ins Bindegewebe Gonokokken. Letztere sassen in Capillaren und kleinsten präcapillaren Venen, welcher Befund auch deshalb von grosser Bedeutung ist, weil er uns das Verständniss eröffnet für das Zustandekommen der gonorrhoeischen Endocarditis und der gonorrhoeischen Metastasen. Die Gonokokken machen am primären Herde direct eine Invasion ins Gefässsystem und es entsteht eine Thrombophlebitis gonorrhoeica.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 14. Juni 1895. — Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 25.)

**Enuresis nocturna.** Dr. J. Stumpf (Werneck) giebt ein einfaches Verfahren zur Beseitigung der E. an, das er aus theoretischen Erwägungen einführte, unabhängig von Tienhofen, der es schon früher mit Erfolg angewandt hatte: die **Hochlagerung des Beckens**. Es kann nämlich das Bettnässen davon herrühren, dass der Tonus des Sphincter vesicae beim schlafenden Menschen unter Umständen so weit gesunken ist, dass bei ungeeigneter Lagerung der Blase einige Tropfen Urins in das Orificium vesic. urethrae eintreten können, ist dies aber der Fall, so bildet dieser Umstand einen reflectorischen Reiz auf den Detrusor aus, der energisch beeinflusst wird. Es musste sich also durch eine einfache Tieflagerung des Kopfes und Rumpfes und eine Hochlagerung der Beine und etwa noch des kleinen Beckens der Schwerpunkt des in der Harnblase sich ansammelnden Urinquantums mehr nach hinten gegen den Fundus vesicae verlegen, es musste sich eine Bespülung des Orific. vesic. urethrae mit Urin, sowie der Eintritt desselben in die Harnröhre, und damit auch die E. beseitigen lassen. Die Beine müssen womöglich mit der horizontalen Wirbelsäule einen Winkel von 130 bis 150° bilden. Und in der That: bei 12 Fällen wurde das Verfahren versucht, und überall wirkte es prompt. Die Kinder bekamen, obwohl die vorher geübten Vorsichtsmaassregeln, wie Einschränkung des Trinkens, öfteres Aufwecken während der Nacht u. s. w. nicht mehr berücksichtigt wurden, kein

Bettnässen mehr, und wenn nach 3 Wochen die gewöhnliche Lage beim Schlafen wieder eingenommen wurde, blieben sie frei von Rückfällen. Die Beckenhochlagerung wird auch in der Weise erzielt, dass man die Kinder ganz eben ins Bett legt und dann letzteres am Fusstheile 30—40 cm oder noch mehr in die Höhe hebt und durch untergeschobene Gegenstände die Nacht über in dieser schrägen Stellung erhält. Von den vom Autor behandelten Kindern war das jüngste 7 Jahre alt; bei kleinen Kindern ist es natürlich schwerer, die Lagerung einzurichten und die Nacht über zu erhalten.

(Münchener medic. Wochenschrift 1895 No. 24.)

**Glaukom.** Prof. H. Cohn (Breslau) empfiehlt warm die **Behandlung des Glaukoms mit Eserin**. Der grossartigste Nutzen des Mittels wird im Prodromalstadium beobachtet, wesshalb die Hausärzte besonders auf die erste Klage des „Regenbogensehens“ achten und sofort Eserin geben müssen. Viele Fälle von G. nämlich verrathen sich schon sehr frühzeitig durch dies Symptom. Die Regenbogen werden um den Mond, um die Strassenlaternen, um eine Kerze gesehen und werden hervorgerufen durch Diffraction, Beugung des Lichts an sehr feinen, oberflächlichen Trübungen der Hornhaut (Jeder kann diese Regenbogen wahrnehmen, wenn er im Winter durch eine mit Eisblumen bedeckte Fensterscheibe nach den Laternen blickt!). Das Regenbogensehen, besonders das anfallsweise auftretende, ist recht charakteristisch für G. Allerdings giebt es Personen, die bei einfachem Bindehautkatarrh über farbige Ringe ums Licht klagen, weil das oft vor der Hornhaut lagernde Secret Störungen in der Lichtbrechung herbeiführt; allein hier verschwindet die Erscheinung durch Blinzeln und Auswischen des Auges und der Arzt constatirt ja auch den Katarrh. Auch im acut-entzündlichen Anfalle bei G. wirkt Eserin vorzüglich. Man kann es dabei stündlich anwenden. Wird die Pupille eng, so ist der Anfall in 1—2 Tagen verschwunden. Das Mittel schadet nie, es kann viele Jahre lang 1—2 Mal täglich (immer 1 oder mehrere Tropfen einer  $\frac{1}{2}\%$  Lösung) gegeben werden. So ist durch das Mittel in zahlreichen Fällen die Iridektomie zu umgehen, die man früher stets machen zu müssen

glaubte, um das Auge zu retten. Autor hat aber Augen durch lange Jahre (14 Jahre!) durch tägliche Eseringaben erhalten, ja er hat dabei sogar die Sehschärfe nicht leiden sehen, die ja bekanntlich nach der Iridektomie oft einbüsst; ein Fall hat nach 14jährigem täglichen Gebrauch von Eserin  $S=1$ , ein anderer nach 4jährigem Gebrauch  $S=1/3$ , ein Dritter nach 1jährigem  $S=1$  erhalten, also fast keine Verschlechterung der ursprünglichen Sehschärfe erfahren. Falls freilich einmal das Eserin im Anfall seinen Dienst versagt, so muss der Pat. sofort einen Augenarzt aufsuchen, der dann iridektomieren wird; oft aber wird, wie gesagt, die Operation überflüssig und der Pat. kann Jahre hindurch durch Eserin allein sehr bald Hilfe beim Anfall erhalten, dabei aber keinen Schaden an seinem Auge erleiden. Beim chronischen, nicht entzündlichen G., wo die Prognose überhaupt sehr trist ist, hilft Eserin auch nicht viel, aber es schadet auch nie und verhütet doch manchmal wenigstens intercurrente entzündliche Perioden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 21.)

**Impetigo.** Dr. Neebe (Hamburg, Unna's Poliklinik) empfiehlt bei der *I. vulgaris* und *I. circinata* (bisher „impetiginöses Ekzem“ und „*I. contagiosa*“ benannt), die Krusten und Borken zu erweichen und abzuwaschen; die fester haftenden Krusten werden mechanisch abgehoben, oberflächliche Blutungen durch Tamponade rasch gestillt. Alsdann werden alle erkrankten Stellen mit 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> wässriger Sublimatlösung energisch abgerieben; dieses Verfahren wird wiederholt, so lange sich noch irgend eine neue Pustel bildet. Besonders aufmerksam muss man bei den Rändern der Pusteln sein, von welchen ja weitere Verbreitung stattfindet; hier sorgfältigste Abwaschung! Meist sind 2—3 Waschungen an aufeinander folgenden Tagen nöthig. Treten keine neuen Efflorescenzen auf, so heilen die Pusteln unter Zinksalbe oder -Pflaster rasch ab. Der Hauptvorteil dieser einfachen und erprobten Behandlungsmethode besteht darin, dass dieselbe in 2—3 Tagen fast mit Sicherheit die Bildung neuer Impetigines verhindert.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1895 Bd. XX No. 9.)

**Intermittens.** Zur Behandlung des Wechselfiebers giebt

Dr. Aufrecht (Magdeburg) einige Winke, um eine grössere Bequemlichkeit und Sicherheit in der Anwendung zweier altbewährter Heilmittel dem Praktiker in die Hand zu geben. Zunächst ermahnt er, die altbewährte Empfehlung, die einzelnen Chinindosen nur vor dem zu erwartenden Anfall nehmen zu lassen, stets zu befolgen. So erzielt man bei grosser Ersparniss die besten Resultate, wenn das Mittel genau 3—4 Stunden vor dem zu erwartenden Anfalle gereicht wird. Salzsäures Chinin ist das geeignetste Präparat, und zwar bei Erwachsenen in der Dosis von 1 gr. Nach dem ersten Ausbleiben des Fiebers thut man unbedingt gut, die gleiche Dosis zu entsprechender Zeit noch 3 Mal an den Tagen, welche ohne Anwendung von Chinin Fiebertage gewesen wären, einnehmen zu lassen, also bei Febris tertiana am 2., bei Febris quartana am 3. Tage. Am besten Darreichung in Oblaten; comprimirt Tabletten wendet Autor nicht mehr an, nachdem er einmal beobachtet hat, dass eine solche unversehrt mit dem Stuhlgang abging. Bei Kindern kann Autor das fast ganz geschmacklose, von Apotheker Rozsnyay in Arad (Ungarn) gefertigte Chinin. tannic. neutrale empfehlen, das auch bei Tussis convulsiva manchmal wirksam ist, wo es in folgender Form gegeben wird:

Rp.

*Chinin. tannic. neutral. 1,0—2,0*

*Syr. Alth. 60,0*

D. S. Umgeschüttelt 3ständ. 1 Theelöffel voll  
(für Kinder unter 1 Jahr).

Da das Chinin. tannic. neutrale viel schwächer ist, als das Chinin hydrochloric., muss die entsprechend 3fache Dosis verordnet werden, am besten eben als Schüttelmixtur, oder auch in Latwerge, oder in einer breiartigen Speise oder Apfelmus. Endlich empfiehlt Autor für hartnäckige Fälle eine Combination von Chinin mit Arsen, von der er bei 3 inveterirten, von anderen Aerzten ohne Erfolg behandelten Fällen, eine recht gute Wirkung gesehen hat, so dass er sie bei hartnäckigen Fällen bestens empfehlen kann:

**Rp.***Acid. arsenic. 0,3**Chinin. hydrochloric. 5,0**Pulv. rad. Liq. 4,0**Succ. Liq. q. s. ut f. pill. No. 100.**Consperge.*D. S. 3 Mal täglich 2 Pillen nach den  
Mahlzeiten zu nehmen.

Wo eine enorme Milzvergrößerung besteht und die Körperkräfte sehr reducirt sind, also die schleunigste Unterdrückung der Fieberanfälle erwünscht ist, da giebt man am besten an den Fiebertagen 3—4 Stunden vor der Zeit des Fieberanfalles 0,6 Chinin. hydrochloric. und lässt diese Dosis im Ganzen etwa 6 Mal fortbrauchen, selbst wenn kein Fieberanfall mehr auftritt; nebenher sind obige Pillen 2 Mal täglich zu nehmen. Fällt der Gebrauch des Chininpulvers weg, dann werden die Pillen 3 Mal täglich eingenommen. Jedenfalls sind die Pillen 2—3 Mal zu reiteriren.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 7.)

**Intoxicationen.** Dr. J. Szöcs (Klausenburg, pharmakolog. Institut) stellte **Versuche mit dem schwefelsauren Kupfer als Gegengift des Phosphor an**, und dieselben ergaben, dass in der That das Cupr. sulfur. ein wirksames Gegenmittel darstellt, so lange der Phosphor sich noch im Magen befindet. Statt das Cupr. sulfur. aber nur als Emeticum zu benützen, sollte man lieber damit den Magen ausspülen (2—3 Liter einer  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$  % Lösung) oder die gleiche Lösung (1— $1\frac{1}{2}$  Liter) glasweise trinken lassen und zwar beides mit angewärmter Lösung (sollte sich nicht darauf Erbrechen einstellen, so muss dieses durch mechanische Reizungen hervorgerufen werden!). Ist bereits eine beträchtliche Menge des Giftes in die Saftcirculation gelangt, so dürfte man sich höchstens vom Ol. Terebinth. eine einigermaassen gute Wirkung versprechen.

(Orvos-term. Ertesítő, orvosi szak 1895 I. Heft. —  
Pester medic.-chirurg. Presse 1895 No. 25.)

— O. Israel demonstrirt Präparate von einem **Fall von acuter Bleivergiftung**, der ein 27jähriger, sehr herabgekommener Phthisiker erlegen war. Derselbe hatte Pulver von Plumb. acet. 18 Tage lang, pro dosi

0,05, im Ganzen 4 gr erhalten und ging an Bleivergiftung zu Grunde, bei der merkwürdiger Weise Durchfall und frequenter Puls sich zeigten statt Verstopfung und Pulsverlangsamung; am Tage des Todes traten auf der Haut grosse Petechien auf. Die Ursache der I. dürfte hier in der Combination mit Phthisis zu suchen sein; wie die Section offenbarte, waren die Organe, welche normaler Weise die Bleiausscheidung besorgen, Leber, Nieren, Darmcanal, bereits so afficirt, dass sie nicht mehr entsprechend functionirten. — Die tödtliche Gesamtdosis von Plumb. acet. bei längerem Gebrauch in kleinen Dosen wird sonst auf 50 gr angegeben. Ein von Brieger vor 17 Jahren mitgetheilte Fall, der in 7 Tagen 7 gr erhalten hatte, kam zur Heilung.

(Berliner medic. Gesellschaft, 12. Juni 1895. —  
Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 55.)

- Ueber eine **acute Chromsäure-Vergiftung von der Scheide** aus berichtet Dr. Georg Sticker: Autor gab einer 40jährigen Dame den Rath, wegen eines hartnäckigen Scheidenkatarrhs einen Frauenarzt zu consultiren, was diese auch that. 3 Stunden nach Ertheilung dieses Rathes zu der Pat. zurückgerufen, fand er die sonst kräftige und gesunde Frau mit entstellten Zügen und aschgrauem Gesicht auf ihrem Bett, fröstelnd, fast pulslos, sich vor Schmerzen im Bauch windend; dabei stiess sie häufige kleine, blutige und schleimige Darmentleerungen aus, gab unter heftigem Harndrang zeitweise einen braunen, spärlichen Harn von sich und wurde von steigender Brechneigung, wie von grossem Durste gequält. Pat. war vom Frauenarzt vor 1 Stunde ganz munter zurückgekehrt, empfand aber zu Haus einen furchtbaren Lendenschmerz, dem alsbald flüssige Diarrhoen und Würgen folgte, gleichzeitig ein Brennen in der Scheide. Der Frauenarzt sollte eine Scheidenausspülung und eine Aetzung gemacht und dann einen Wattepfropf eingesteckt haben. Nach Entfernung des letzteren, der an der oberen Spitze rostbraun gefärbt war, fand Autor eine vollkommen ausgetrocknete, gerunzelte, mit einem gelben Schorf ausgekleidete Scheide. Ausspülung derselben, intern  $\frac{1}{2}$  stündlich starken Kaffee mit je 15 Tropfen Tinct. Opii, reichlich Camillenthee. Nach der 3. Opiumgabe trat ruhiger Schlaf ein. Am nächsten



Morgen Schwäche, aber Wohlbefinden. Bei mehrtägiger Bettruhe, flüssiger Diät und reichlichem Durchspülen des Organismus mit lauem Getränk bald Genesung. Der am 1. Tage untersuchte Harn, der nach dem Abfiltriren eines braunflockigen, dicken Niederschlages unter dem Knochen fast gerann, zeigte ein vornehmlich aus braunen Detritusflocken, rothen Blutkörperchen und deren Schatten, Blutcy lindern und zahlreichen cubischen Epithelien bestehendes Sediment. Jener Frauenarzt hatte nach Ausspülung der Scheide mit Kochsalzlösung ein Krystallchen Chromsäure auf kleine katarrhalische Geschwüre der Portio vagin. gebracht. Das Krankheitsbild stimmte auffallend mit den Erscheinungen der experimentellen Chromsäure-Intoxication überein, auch existirt in der Litteratur (Journ. méd. et chir. prat. Octobre 1881) ein Fall, wo nach Aetzung einer Krebswucherung im Uterus mit einem Chromsäurekrystall der Tod eintrat.

(Münchener medic. Wochenschrift 1896 No. 28.)

- Von C. Birt wird ein Fall von **Sulfonalvergiftung** mitgetheilt: 14jähriger Knabe nimmt irrthümlicher Weise 5,0—6,0 auf einmal. Als nach 2 Stunden der Magen ausgespült wurde, war der Kranke sehr schläfrig und verfiel dann in einen halb komatösen Zustand, der 24 Stunden anhielt. Nach dieser Zeit bot er das Bild einer Alkoholintoxication dar: Schwindel, Kopfweg, Schläfrigkeit, welche Symptome 1 Woche andauerten, um in dieser Zeit allmähig zurückzugehen. Menge des Urins vermehrt, specif. Gewicht gering (1002 bis 1004), pathologische Bestandtheile nicht nachweisbar. Blutuntersuchung fiel negativ aus.

(Brit. Med. Journ. 30. März 1895. —  
Therap. Monatshefte 1895 No. 7.)

**Lichen.** Dr. Neebe theilt die letztjährige Behandlungsweise des **Lichen urticatus** in Unna's Poliklinik (Hamburg) mit. Sie hatte hauptsächlich 2 Aufgaben im Auge: 1. Beseitigung des Juckreizes; 2. Hebung des Allgemeinbefindens und Behandlung der nebenhergehenden Rhachitis. Gegen das Jucken sehr erfolgreich 2% Naphtholsalbe, die energisch 10 Minuten lang eingerieben wurde. Intern oft dabei von Erfolg:

Rp.

*Antipyrin.* 1,5*Syr. cort. aur.**Aq. dest. aa* 25,0

S. Abends 1—2 Kaffeelöffel.

Beseitigung der meist vorhandenen Verdauungsstörungen. Abführmittel (Calomel oder Tinct. rhei), blande Diät (Wassersuppe, Bouillon, Weissbrod), gegen Durst schwarzer Thee, Zuckerwasser, Camillentheeeinläufe. Rückkehr zur gewohnten Nahrung erst, wenn die Stühle ihren bei dieser Affection fast stets auffallend stinkenden Geruch verloren. Gegen die Rhachitis:

Rp.

*Phosphor.* 0,02*Ol. jecor. asell.* 100,0

S. 1—2 Mal täglich 1 Kaffeelöffel.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1895 Bd. XX No. 12.)

**Pertussis.** Otto Fiertz hat 75 Fälle mit **Bromoform** behandelt und sehr gute Resultate erzielt, indem er über die ursprünglich von Stepp empfohlenen Dosen hinausging. Bei Kindern bis zu 10 Jahren gebe man alle 8 Stunden, oder bei gestörter Nachtruhe alle 6 Stunden,  $a + 2$  Tropfen, wobei  $a$  das laufende Lebensjahr bedeutet, so dass z. B. ein 7—12 Monate altes Kind in 24 Stunden  $4 \times 3$  Tropfen, ein Kind im 7. Lebensjahre  $4 \times 9$  Tropfen erhält. Zeigt sich nach 8 Tagen noch keine Abnahme der Anfälle, so wird die Einzeldosis noch um 1 event. später noch um einen zweiten Tropfen erhöht. Nur bei so hohen Dosen Erfolg sicher! Die häufigen Intoxicationen kommen nur durch Unvorsichtigkeit zu Stande oder durch unrichtige Ordination (das Bromoform soll nur zu 5, höchstens zu 10 gr in wohlverschlossenem, dunklem Patenttropfglas verschrieben und den Eltern eingeschärft werden, dasselbe stets ausserhalb des Bereiches der Kinder aufzubewahren; die genau abgezählten Tropfen werden in einem Löffel Zuckerwasser verabreicht, wobei darauf zu achten ist, dass das im Wasser unlösliche, als Perlen im Grunde des Löffels ruhende Bromoform mit verschluckt wird). Man gebe das Mittel ununterbrochen weiter, bis Pat. 14 Tage lang nicht mehr gehustet hat, und breche dann langsam ab. Treten Nachts keine Anfälle mehr auf, so lasse man nur noch 8stündlich

einnehmen. Autor bezeichnet das Bromoform als Specificum gegen P. und verspricht Heilung in 2—3 Wochen.\*)

(Inaugural-Diss. Zürich 1894. —  
Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895 No. 12.)

**Prostataabscess.** Privatdoc. Dr. L. Casper (Berlin) hat in den letzten 5 Jahren den P. 30 Mal beobachtet. 25 Fälle waren durch Gonorrhoe bedingt, 4 Fälle durch eine in Folge Katheterismus entstandene Urethritis, 1 Mal Aetiology nicht klar. Die Symptome bestehen in Schmerzen bei der Defaecation und Harnentleerung, Stuhl- und Harnzwang, Schwierigkeiten bei der Entleerung; je grösser der Abscess wird, um so schwieriger die Miction, bis schliesslich völlige Retentio urinae eintritt: unter wüthenden Schmerzen und heftigstem Pressen Versuch zu uriniren, höchstens einige Tropfen kommen heraus. Katheterismus fast immer leicht, da das Instrument die weiche Abscessgeschwulst zurückdrängt. In diesem Stadium gewöhnlich Vorwölbung am Perineum oder nach dem Mastdarm zu. Meist Durchbrechen nach der Harnröhre zu, seltener durchs Rectum, noch seltener nach dem Perineum resp. anderen Gegenden (Fossa ischio-rectal., Regio inguinal. u. s. w.). Sehr wichtig Probepunction, die aber nur vom Rectum aus vorgenommen Werth hat: sticht man vom Perineum aus ein, so kann man nicht ermessen, wo man die Prostata trifft, man fördert also event. keinen Eiter zu Tage, obwohl ein P. vorliegt. Man nehme die Punction also stets vom Rectum aus vor! Aeusserst wichtig ferner Differentialdiagnose zwischen begrenztem P.

---

\*) Der Referent der vorliegenden Arbeit, Feer, hat das Bromoform bei einer Anzahl von Kindern von 1—8 Jahren nach der Vorschrift von Fiertz angewandt, meist mit gutem Erfolge und ohne von den grossen Dosen unangenehme Erscheinungen zu beobachten; die Anfälle gingen meist rasch zurück und waren nach 2—5 Wochen verschwunden. Bisher gab er bei P. mit stets gutem Erfolg, besonders da, wo der Keuchhusten mit Lungencomplication und Herzschwäche verbunden war, das Chinin, freilich auch in hohen Dosen: von Chinin. tannic. mit 6 Monaten  $3 \times$  täglich 0,2, mit 1 Jahr  $3 \times$  0,3, im 2. Jahr  $3 \times$  0,4, im 3. Jahr  $3 \times$  0,5, bis zu  $3 \times$  täglich 0,8—1,0 mit 10 Jahren (in Zuckerwasser oder mit Schokoladepulver). Bei den hervorgehobenen complicirten Fällen würde er auch heut das Chinin bevorzugen!

oder periprostatischer Phlegmone oder gar Phlebitis paraprostatica, schon der Therapie wegen. Würde man z. B. bei letzterer Affection vom Mastdarm aus incidiren, so hätte man die Gefahr starker Blutungen aus den entzündeten erweiterten Gefässen und die eventueller Embolien! Man muss daher sorgfältigst rectal palpiren! Bei P. kugelige Hervorwölbung, nach rechts, links, unten und, wenn der Abscess nicht sehr gross ist, auch nach oben scharf abgrenzbar, von teigiger Consistenz und glatter Oberfläche, an einzelnen Stellen fluctuirend; Mastdarmwand über dem Tumor deutlich verschiebbar. Ist auch das periprostatische Gewebe phlegmonös erkrankt: Schmerzen bei der Defäcation stärker, Schwellung nicht so gut abgrenzbar, mehr diffus, härter und unebener, mehr schwielentartig; Mastdarmwand nicht gegen die Unterlage, d. i. die Prostata verschiebbar. Phlebitis paraprostatica sehr selten, sie erscheint unter dem Bilde einer Pyämie: heftige Schüttelfröste mit gewaltigen Temperatursteigerungen wechseln am gleichen Tage mit Temperaturabfällen; harte, ungleichmässig höckrige Geschwulst, den Eindruck eines aus dicken Strängen bestehenden Paquetes machend; sehr schlechte Prognose. Letzter Umstand ist hauptsächlich daran Schuld, dass die Prognose des P. oft als infaust geschildert wird und z. B. Segond 20% Mortalität annimmt. Von obigen 30 Fällen keiner letal! Uncomplicirter P. giebt eine gute Prognose, besonders früh erkannt. Infauster schon die periprostatische Phlegmone: bricht der Eiter nicht spontan durch den Mastdarm durch oder wird er nicht künstlich entleert, so kann Peritonitis entstehen. Noch seltener Heilung bei paraprostatischer Phlebitis. Da diese Affectionen bei vernachlässigtem P. nicht selten sich hinzugesellen, P. aber oft vernachlässigt wird, so erklärt sich jene hohe Mortalität. Bei vernachlässigtem P. nicht selten auch Zurückbleiben von Fistelbildungen, und zwar von der Harnröhre in die Prostata oder von letzterer ins Rectum oder von der Urethra durch die Prostata in den Mastdarm. Vereitert die Prostata in Folge Vernachlässigung vollständig, so kann, da das Prostasecret jedenfalls nothwendig ist, um das Leben der Spermatozoen zu erhalten, Impotentia generandi eintreten. Man soll also möglichst früh einen P. diagnosticiren und behandeln! Ist Eiter nachgewiesen, so ist operatives

Eingreifen nothwendig und zwar so früh wie möglich, und zwar vom Perineum aus nur, wenn sich der P. dort vorwölbt, sonst stets vom Rectum aus, wo die Incision, wenn richtig ausgeführt, ungefährlich ist. Man muss sich dazu zunächst ein freies, gut sichtbares und zugängliches Operationsfeld schaffen, was durch ein gutes Mastdarmspeculum (z. B. von Hofbandagist Löwy, Berlin, Dorotheenstr. 92) geschieht, dessen Branchen geöffnet die hintere und beiden seitlichen Wände des Mastdarmes einnehmen, während die vordere, gegen die Prostata gerichtete, ganz frei liegt. Die vordere Wand wird nun vermittelt einer gestielten, weichen Bürste mit Wasser und Seife oder schwacher Lysollösung gereinigt und darauf tüchtig mit essigsaurer Thonerde gespült. Darauf wird mit einer Kornzange ein grosses Stück Jodoformgaze ins Rectum gebracht, so dass es nach oben zu abgeschlossen ist. Nachdem an der fluctuirenden Stelle incidirt und der Eiter ausgeflossen ist, irrigirt man die Abscesshöhle tüchtig mit essigsaurer Thonerde und schiebt ein langes, über den Sphincter hinausragendes, mit Jodoformgaze umwickeltes Drain ein (füllt dieses die Wunde nicht aus, so kommt noch Jodoformgaze in den Zwischenraum), nachdem event. Blutungen durch temporäre Tamponade resp. Unterbindung gestillt sind und giebt Opium (vor der Operation Laxans); täglich 2—3 Mal Ausspülung der Abscesshöhle mit lauwärmer, essigsaurer Thonerde, nach 3—4 Tagen Entfernung des Drains. Stets glatte Heilung (event. Fisteln heilen von selbst aus). Bei Phlegmone periprostatica muss das phlegmonöse Gewebe selbst durchschnitten und der Schnitt bis in die vereiterte Prostata ausgedehnt werden, bei Phlebitis ist meist die Therapie fruchtlos.

(Berliner klin. Wochenschrift 1895 No. 21.)

**Psoriasis.** Dr. Rille (Wien, Neumann'sche Klinik) demonstriert einen Fall von P. bei einem 38 Tage alten Kinde, dessen Vater seit seinem 20. Lebensjahre an P. leidet. Beginn der Affection bei dem Kinde schon wenige Tage nach der Geburt in den Leistenbeugen und der inneren Schenkelfläche. Jetzt der grösste Theil der Körperoberfläche in Form dunkel gerötheter, dünn abschuppender und confluirender Efflorescenzen afficirt; wenn man eine Schuppe abstreift, erscheint, wie beim Erwachsenen, das punktförmig blutende Corium. Ausserdem besteht unive-

helles Ekzem, doch sind dabei die typischen Psoriasis-efflorescenzen deutlich sichtbar. Das Auftreten einer P. vulgaris in einem so frühen Lebensalter ist ein Unicum; schon P. im 4., 6. oder 8. Lebensjahre ist sie sehr selten.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 10. Mai 1895. — Wiener klin. Wochenschrift 1895 No. 20.)

— Als sehr wirksam zur Behandlung der P. vulgaris wird folgende Composition empfohlen:

Rp.

*Ichthyol.*  
*Acid. salicyl.*  
*Acid. pyrogall.*  
*Aristol. aa* 2,5  
*Vaselin. flav.*  
*Adip. suill.*  
*Lanolin aa* 30,0  
 M. f. ung.

(Quaterly Atlas of Dermatology, Januar 1895. — Allg. medic. Central-Ztg. 1895 No. 56.)

**Rheumatismen.** Dr. Treitel (Berlin) berichtet über einen Fall von Recurrenslähmung, der indirect auf einen Rheumatismus zurückzuführen ist. Die 30jährige Frau consultirte den Autor Mai v. J. wegen starker Heiserkeit, die 14 Tage lang bestand. Die Untersuchung ergab linksseitige Recurrenslähmung. März war Patientin an Gelenkrheumatismus an Händen und Füßen erkrankt, Schwellung der letzteren war noch jetzt vorhanden. Auf dem Manubrium sterni fand Autor eine Dämpfung, welche sich wesentlich auf seine linke Hälfte beschränkte, den linken Rand etwas überschreitend. Tägliche Faradisation des Kehlkopfes, intern Sol. arsenic. Fowler. Nach 3 Wochen Recurrenslähmung geheilt, gleichzeitig Dämpfung über dem Manubrium verschwunden. Das acute Entstehen und rasche Verschwinden der letzteren gleichzeitig mit der Lähmung deutet darauf hin, dass es sich um Schwellung mediastinaler Lymphdrüsen handelte, die wiederum auf den Rheumatismus zurückgeführt werden muss. Lähmung des Recurrens kann ja durch acuten Gelenkrheumatismus direct hervorgerufen werden, indem derselbe eine Neuritis bewirkt. Dieser Fall zeigt aber, dass die Lähmung nicht immer neuritischer Natur ist,

sondern auch durch Compression seitens acut geschwollener Drüsen erzeugt werden kann. Letztere können ja auch vorliegen, ohne dass Dämpfung sich zeigt, und so dürfte öfters als man glaubt die Recurrenslähmung diese Quelle haben. Vielleicht sind auch Recurrenslähmungen bei anderen acuten Krankheiten (Diphtherie, Typhus) auf Schwellung bronchialer Lymphdrüsen zurückzuführen, und nicht auf Neuritis!

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 20.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Einen Fall

von Dammgeburt beschreibt Dr. Marx (Erwitte): Bei seiner Ankunft fand er die 28jährige Ipapa im Bett mit etwas collabirten, blassen Gesichtszügen, kleinem, aber regelmässigem Pulse. Das Neugeborene, ein mittelgrosser Knabe, lebte und lag in der Wiege. Die Nachgeburt war ganz vorhanden. Die kräftige Frau hatte am Nachmittag vorher zuerst Wehen verspürt, die im Laufe des Abends und der Nacht stärker geworden waren. Sie blieb aber meist ausser Bett, auch als nach Mitternacht die Wehen sich sehr verstärkten und starker Drang nach unten eintrat. Bei einer solchen Wehe, als sie neben dem Bett stand, sich an die Seitenwand desselben stützend, die Arme auf eine Stuhllehne gestemmt, während der Sitz des Stuhles sich zwischen ihren gespreizten Beinen befand, da schoss unter vernehmbarem Krachen etwas zwischen die Schenkel vor und fiel auf den Sitz des Stuhles herab; sie ergriff das Kind mit einer Schürze, legte sich zu Bett, wo bald der ganze Körper des Kindes geboren wurde, und schickte zur Hebeamme, die wiederum den Autor holen liess. Dieser fand die Gebärmutter contrahirt, die äusseren Geschlechtstheile aber stellten eine grosse Wundfläche dar, die sich, seitlich neben den grossen Schamlippen beginnend, bis zur Steissbeinspitze erstreckte. Autor reinigte zunächst die Wundhöhle mit lauwarmer Sublimatlösung (1:2000) und Wundwatte. Scheideneingang völlig unversehrt; Schamspalte 3 Querfinger lang. Hintere Commissur mit dem Frenulum vollständig erhalten. Der längliche Ring, den die Schamspalte bildete, hing nur mit seinen oberen zwei Dritteln mit der Haut der grossen Labien zusammen, nach dem Damm hin zeigte das untere Drittel kreisförmige Muskelfasern, die in die grossen Schamlippen verliefen

(Constrictor cunni). Von diesem Muskelringe an nach dem Kreuzbeine zu begann die grosse Wundhöhle. Aeussere Haut blattartig dünn abgerissen bis an die Innenfläche der Schenkel. Damm fehlte vollständig. Hintere Scheidenwand eingerissen, sammt der vorderen Mastdarmwand und dem Schliessmuskel des Afters, sodass beim Auseinanderbiegen der Theile neben Blutgerinnseln Kothballen herausfielen. In dem klaffenden Beckenboden lag der blaurothe Scheidentheil der Gebärmutter sichtbar vor, der links einen tieferen Einriss zeigte. Nachdem einige blutende Gefässe umstochen resp. unterbunden waren, begann Autor die ganze Wundfläche nochmals gründlich abzuspülen und im oberen Winkel des Risses der hinteren Scheidenwand Knopfnähte anzulegen. Zwischen 2 tiefer greifende Nähte kam eine oberflächliche, die nur die Schleimhaut fasste. So schritt er abwärts mit der Vereinigung bis zum Schliessmuskel des Afters, nachdem der vorliegende Theil des Mastdarms, die Ampulla, mit warmem Wasser gereinigt war. Hierauf suchte er mit einer grossen krummen Nadel die Weichtheile zu umfassen, die den Damm gebildet hatten, und befestigte schliesslich mittelst kleiner Nadeln und engliegender Suturen die grossen Labien und den Constrictor cunni an dem wiederhergestellten Damm. Nach Anlegung von 15 Nähten Beckenverschluss in Ordnung. Sehr günstiger Verlauf, kein Fieber. Nach 4 Monaten, als Autor die Pat. zufällig sah, zeigte sich eine feste Narbe von der hinteren Commissur bis in den Schliessmuskel des Afters, der normal functionirte. 2 Jahre darauf gebar die Frau ein lebendes Kind durch die Rima pubis, während der Damm hielt. — Der Fall ist auch in forensischer Beziehung interessant insofern, als er eine Sturzgeburt bei einer älteren Erstgebärenden darstellt.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1895 No. 54.)

- Docent Dr. K. A. Herzfeld (Wien) vertheidigt die **Anwendung des Braun'schen Schlüsselhakens** gegenüber Zweifel, welcher jüngst auf die Gefahren des Instrumentes hingewiesen und dafür ein neues Instrument „Trachelorhektekter“ empfohlen hatte. Zweifel meint, beim Schlüsselhaken müsse ein Zug am kindlichen Halse in der Richtung nach abwärts stattfinden, was wegen der Ueberdehnung der Cervix uteri höchst gefährlich sei.



Aber abgesehen davon, dass durch diesen Zug des lateral flectirten Halses nach abwärts die Querspannung des stark überdehnten Collums nachlassen muss, eine Gefahr demgemäss dadurch nicht entsteht, kann durch einen einfachen Zug nach abwärts eine Ruptur der gedehnten Cervix nie erzeugt werden! Ist der Schlüsselhaken unter der steten Leitung einer bestimmten Hand an den kindlichen Hals gebracht, so wird durch einen mässigen Zug nach abwärts die Wirbelsäule — in der Regel lateral — flectirt und durch 2—3 mit dem Holzgriff ausgeführte hebelnde Bewegungen luxirt und nun erst durch Umdrehen des Hakens in einer bestimmten Richtung der Kopf vom Rumpf abgesetzt. Wichtig und von Braun genau festgesetzt aber ist die Wahl der deckenden Hand, die sich nach der Fruchtlage richtet, ein von Zweifel und vielen Anderen übersehener Umstand! Bei 1. Querlage ist der Hals mit der rechten Hand, der Haken mit der linken zu fassen, bei 2. Querlage umgekehrt! Nur dadurch kann eine den Drehungen des Hakens folgende und die Continuität der Cervixwand bedrohende Bewegung des Schädels verhütet werden! Ferner wird der Haken stets so gedreht, dass der Knopf sich gegen die Richtung des Schädels und nicht gegen die Richtung des Rumpfes bewegt, somit das eine Mal in der Richtung eines Uhrzeigers, das andere Mal entgegengesetzt. Also auch die Richtung, in welcher zu drehen ist, richtet sich streng nach der Fruchtlage. Dadurch sind alle Bewegungen des Fruchtkörpers völlig ausgeschlossen und ein Schaden durchaus abgewendet. Autor hat bei seinen zahlreichen Decapitationen einen solchen auch nie gesehen und hält den Schlüsselhaken auch in der Hand eines nicht klinisch geschulten Operateurs bei Wahrung der Vorschriften für völlig ungefährlich. Anders das Zweifel'sche Instrument, ein Doppelhaken, bestehend aus 2 geknüpften Haken, welche derart in ihrer Längsachse gegen einander beweglich sind, dass durch Drehung der Handhaben das Instrument wie ein Haken arbeitet oder aber die beiden Haken bei einer Drehung um ihre Längsachse mit ihren Knopfenden sich von einander entfernen; unter Decken einer Hand nun wird der geschlossene Haken eingeführt, nunmehr die deckende Hand herausgezogen, zur Mithilfe bei der Manipulation an den Handhaben verwendet,

um dann, wenn die Wirbelsäule luxirt ist, wieder in den Uterus eingeführt zu werden, um den Hals des Kindes zu umfassen. Abgesehen davon, dass ein solches Vorgehen der Aseptik gefährlich werden könnte, widerspricht es durchaus unseren Principien, ein stumpfes Instrument innerhalb des Genitalschlauches ohne stete Controlle durch die Hand arbeiten zu lassen. Zweifel bezeichnet dies auch als einzige Gefahr des Doppelhakens. Diese ist aber unzweifelhaft so gross, dass das Instrument als unzweckmässig zu bezeichnen ist.

(Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 28.)

- Zur Frage der Behandlung des nachfolgenden Kopfes hatte Dr. Theilhaber (München) früher gesagt, man solle den Studirenden lehren: „Wenn die Extraction des nachfolgenden Kopfes nach längerem Ziehen nicht gelingt, sei es wegen ungünstiger, nicht corrigirbarer Einstellung oder wegen Missverhältnisses zwischen Kopf und Geburtswegen, so warte man zunächst  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde ruhig zu, das Leben des Kindes ist ja ohnediess verloren. Wenn von Seite der Mutter keine dringende Indication zur Beendigung der Geburt vorliegt oder eintritt, ist ein lange fortgesetztes, kräftiges Anziehen ebenso überflüssig, als eine sofortige Verkleinerung des Kindeschädels. Oft gelingt es den Wehen, nach einiger Zeit eine schlechte Einstellung des Kopfes zu corrigiren, den jetzt weicher gewordenen Kopf dem Becken zu adaptiren. Die Wehen vollenden schliesslich leicht und ohne Schaden, was der Geburtshelfer nur mit Gefährdung der Mutter bewerkstelligt hätte.“ Gegen diese Ansichten hatte sich Strassmann gewendet, Anfangs ganz und gar; jetzt jedoch meint auch er, bei falscher Drehung des Kopfes mit dem Gesicht nach vorn sei es gestattet, wenn kein enges Becken vorhanden ist, die natürliche Drehung nach vergeblichen manuellen Extractionsversuchen noch eine Zeit lang abzuwarten, dagegen hält er daran fest, dass bei Missverhältniss zwischen Kopf und Becken der nachfolgende Kopf sofort nach dem Absterben des Kindes perforirt werden soll. Theilhaber ist zu seinen Ansichten durch Beobachtungen in der täglichen Praxis des Arztes gelangt. Die Aerzte, die nicht Assistenten gewesen sind

und eine grössere Fertigkeit in Bezug auf geburtshilfliche Operationen nicht besitzen, haben meist grosse Scheu vor der Perforation, besonders der des nachfolgenden Kopfes. Bei der des vorausgehenden Kopfes wird eher noch ein zweiter Arzt herbeigeholt, bei der des nachfolgenden aber ist es anders: Die Extraction ist bis zum Halse gelungen, eine bequeme Handhabe für weitere Tractionen da; und nun wird gezogen und gezogen, bis manchmal irreparable Quetschungen der Geburtswege entstanden sind und die Wöchnerin stark gefährdet ist. Manches Unheil wird verhindert, wenn da eine längere Pause in den Extractionsversuchen gemacht wird! Strassmann wendet dagegen ein, es müsse später, bei der doch etwa nothwendig werdenden Perforation nochmals narkotisirt werden, und dann sei auch beim Zuwarten der Eintritt von Geburtscomplicationen, z. B. von Placentarlösung zu befürchten. Nun wird aber sehr oft ohne Narkose perforirt, besonders in der Landpraxis, und event. ist eine 2. Narkose auch nichts Schlimmes, Geburtscomplicationen aber sind äusserst selten und vom Autor nie beobachtet worden, obwohl er oft 1—2 Stunden nach der Geburt eines Theiles des Kindes die Extraction des übrigen vornahm. Ein erfahrener Operateur mag also immerhin sofort die Perforation vornehmen, sonst aber ist das Abwarten empfehlenswerther, falls eben nicht zwingende Gründe vorliegen. Bei Carcinoma cervicis hängt es von dem Grade des Befallenseins der Vaginalportion ab, ob sofortige Perforation nöthig ist; ist nur ein kleines Segment der Portio befallen, so kann auch ein unverkleinertes Kind passiren. Ebenso ist bei geringem Grade von Hydrocephalus des nachfolgenden Kopfes eine Pause nach den Extractionsversuchen gestattet.

(Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 28.)

- B. S. Schultze (Jena) liefert einen Bericht über sogenannte **Spontanheilung einer mittelgrossen Blasen-Scheiden-Gebärmutterfistel nebst prophylaktischen Bemerkungen**: Während puerperale Blasen-Cervixfisteln eine hervorragende Tendenz zur Spontanheilung zeigen, sodass viele sich durch die puerperale Rückbildung des Cervix uteri von selbst schliessen, ist dies bei der Vagina nicht der Fall, und selbst sehr kleine Blasen-Scheidenfisteln erfordern fast ausnahmslos operative Hilfe.

Hier handelte es sich um eine 22jährige Ipara. Wehen seit 28./9. 94. Wasserabfluss am 29./9. Erst am 2./10. mittelst Zange Entbindung. An diesem Tage und am folgenden, vielleicht auch noch Tags darauf liess die Frau willkürlich Urin, am 5., 6. und 7./10. konnte sie keinen lassen und es wurde solcher auch nicht künstlich entfernt, am 8./10. floss Urin in grosser Menge unwillkürlich ab und that das seitdem dauernd. Untersuchung am 12./11. Dicht unter dem Cervixstumpf (es zeigte sich die Scheide eng und narbig, Port. vagin. rudimentär, vordere Lippe ganz fehlend) gelangt der Finger bequem in die Harnblase, er hat in der Fistel noch Spielraum für Bewegung nach rechts und links. Behandlung: Sitzbäder und Irrigationen. Am 7./12. constatirte man noch, dass in die Blase eingelassene Kal. permang.-Lösung in breitem Strom unterhalb des Cervixstumpfes in die Vagina floss, am 30./12. gelang es nicht mehr, den Finger durchzuführen, doch floss noch Urin durch die Scheide ab. Feste Tamponade der Vagina. Pat. hält den Urin und lässt ihn willkürlich. Am 8./1. 95 ist Pat. auch ohne Tampon continent und bleibt es. — Druckbrand in Folge Quetschung der Weichtheile zwischen Kindeskopf und vorderer Beckenwand ist die häufigste Ursache zur Entstehung der Blasen-scheidenfistel, und zwar wird letztere nicht so oft durch kurz dauernden, wenn auch starken Druck erzeugt, als vielmehr durch langanhaltenden, wie er bei verschleppten Geburten einwirkt, bei denen Tage lang nach Abfluss des Fruchtwassers durch kräftige Wehen der Kopf aufs enge Becken vergeblich gepresst wird. Autor warnt hier dringend vor der Verordnung von Secale cornutum in absentia, d. h. nur auf den Bericht der Hebeamme hin; in einer nicht kleinen Anzahl der von ihm operirten Blasen-Scheidenfisteln war lange Zeit vor der schliesslichen Beendigung der Geburt Secale verabreicht worden. Der unwillkürliche Abgang des Urins beginnt in jenen Fällen von anhaltendem Druck meist am 3.—6. Tage. Diese Frist ist es, in der viel genützt werden kann, in der Regel aber viel versäumt wird! Man lässt, wie hier, den Urin sich lange ansammeln, es tritt übermässige Spannung der Blase ein, die wesentlich dazu beiträgt, die Ernährung der gequetschten Weichtheile zu be-

einträchtigen, so dass endlich die gequetschte Parthie der Vesicovaginal-Scheidewand gangränös abgestossen wird (auch die bei mehrtägiger Retention eintretende Zersetzung des Urins muss den Zerfall befördern!). Die Nachbehandlung muss hier das ihrige thun. Wo immer aus dem Verlauf der Geburt ersichtlich ist, dass eine Quetschung stattfand, soll alle 8 Stunden mindestens die Blase entleert werden, und die Hebeamme oder Wärterin soll event. 3 Mal täglich den Urin abnehmen. Ist dies nicht möglich, so soll der Arzt einen Verweilkatheter anlegen. Durch solche Maassnahmen wird manche Blasen-Scheidenfistel verhütet werden!

(Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 27.)

**Spermatocystitis.** Dr. E. Rehfish (Berlin, Casper'sche Poliklinik) giebt ein Bild der **acuten Spermatocystitis**. Wegen der vagen klinischen Symptome der Samenblasenentzündung kommt es selten intra vitam zu einer exacten Diagnose, was um so bedauerlicher ist, als die Frühdiagnose einer acuten Sp. mit zu den dankbarsten Aufgaben gehört; verfügt die Litteratur doch schon über beinahe 1 Dutzend Fälle mit letalem Ausgang. Die Affection wird hauptsächlich durch Gonorrhöe veranlasst (manche führen auch Abusus sexualis ätiologisch an, und Kocher berichtet über einen Fall, wo ein Trauma, Sturz aufs Perineum, die Ursache war), weshalb das Leiden auch meist mit acuter Prostatitis oder Entzündung des Blasenhalses verwechselt wird, deren Symptome ähnlich sind. Zu den hervorragendsten Symptomen der acuten Sp. gehört der Schmerz am Perineum, der nach dem Schooss, sowie nach den Lenden hin ausstrahlen kann. Hierzu kommen Schmerzen beim Urinlassen. Wichtiger sind Schmerzen bei der Defäcation und schmerzhaftes Ejaculationen. Allein sicheren Aufschluss geben erst die Rectaluntersuchung und der mikroskopische Nachweis von Spermatozoën im Urethralausflusse. Bei ersterer (bei gefüllter Blase exploriren!) an der oberen Grenze der Prostata und etwas auswärts von derselben auf Druck schmerzhaftes Stelle zu finden, bei deren genauer Palpation ein deutlich von der Prostata abgrenzbarer kleiner Tumor (bei Abscessbildung auch taubeneigross) zu fühlen ist (die gesunde Samenblase ist nicht zu fühlen; deshalb, und weil

manche Personen bei jeder rectalen Untersuchung, bei dem leisesten Druck, sei es auf die Prostata, sei es auf die Samenblasen, lebhaften Schmerz äussern, ist ein schmerzhafter Punkt ohne fühlbare Blase nicht charakteristisch genug, um daraus eine exacte Diagnose zu stellen!). Zum Beweise, dass man in der That die Samenblase gefühlt hat, muss sich bei stärkerem Druck auf dieselbe spermahaltiger Eiter aus der Urethra entleeren (wenigstens im Beginn der Entzündung), meist aber entleert sich so nichts und man muss uriniren lassen, wobei man im centrifugirten Harn die typischen Producte der Sp. (Blutkörperchen, Eiterkörperchen, Spermatozoën und Epithelien) findet. Blosser Haemospermie oder Pyospermie ohne Rectaluntersuchung genügen nicht (denn auch bei reiner acuter Gonorrhoe manchmal schmerzhafte Ejaculationen und im Sperma Eiterkörperchen, auch etwas Blut!). — Die Prognose ist, so lange es sich nur um Schmerzempfindungen handelt, eine gute, ernst jedoch bei Bildung eines Abscesses, der, sich selbst überlassen, Peritonitis mit letalem Ausgang veranlassen kann, wenn er nicht, sich nach dem Rectum entleerend, eine Neuinfection herbeiführt. — Therapie: neben absoluter Bettruhe gegen die Schmerzen Morphin- und Belladonnasuppositorien. Bei Abscessbildung hat Dittel vorgeschlagen, die vordere Rectalwand abzulösen, den Abscess breit zu spalten und zu drainiren. Meist aber diese eingreifende Operation nicht erforderlich, da der Abscess sich leicht dem touchirenden Finger darbietet. Um zu verhüten, dass er nach dem Peritoneum oder Rectum durchbricht, eröffnet man ihn breit, nachdem vorher das Rectum so antiseptisch als möglich behandelt worden ist, drainirt nach gründlicher Ausräumung der Abscesshöhle letztere und sorgt für längere Zeit durch Opium für Stuhlverhaltung.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 No. 21.)

**Tonsillar-Hypertrophie.** Dr. Eschle (Freiburg i. B.) empfiehlt einen **Tonsillenschlitzer zur operativen Behandlung der P.** Schon 1886 lernte er bei Dr. v. Hoffmann (Baden-Baden) eine einfache und sehr wirksame Operation der Hypertrophie der Gaumentonsille kennen, darin bestehend, dass man mit einem gewöhnlichen Schielhaken in die 6—8 Oeffnungen, welche,

beiderseits auf der Oberfläche jeder Mandel sichtbar, den Zugang zu den Krypten bilden, eingeht, diese aufreißt und, indem man einer Verheilung des entstandenen Risses vorbeugt, eine Rückbildung der Mandelhyperplasie erzielt, welche eben mit dem Bestehen jener blinden, durchgehends mit Secreten, Bakterien und Speiseresten angefüllten Gänge in Zusammenhang zu stehen scheint. Die Ausführung ist höchst einfach: nach Niederdrücken der Zunge versinkt der über die Oberfläche der Mandel hingleitende Schielhaken ganz von selbst in einen oder den anderen der Hohlräume. Man führt den Haken bis auf den Grund der Höhle, den man bei brüchigem Gewebe auch wohl durchstösst, und reißt das sich spannende Gewebe nach der Mandeloberfläche zu durch. So verfährt man, bis jede der Lacunen in eine offene Rinne verwandelt ist, worauf man mit Jodglycerin betupft. Leider aber kann der Schielhaken bei einem sehr narbigen, festen Gewebe der hypertrophischen Mandeln, wie man es nicht allzu selten bei Patienten findet, die Jahr für Jahr in jedem Frühling und Herbst neue Attaquen ihrer Halsentzündungen durchmachen, leicht abbrechen, oder er geht nicht durch das Gewebe durch, und die Operation hat ausserdem etwas Rohes an sich. Deshalb liess Eschle ein dem Schielhaken ähnliches Instrument anfertigen, dessen Innenkante messerartig scharf ist und das vorn ein schwach zugespitztes Knöpfchen trägt. Mit diesem „Tonsillenschlitzer“ (Instrumentenmacher Fischer in Freiburg i. B.) gelingt es leicht, durch den Boden der Lacune ins Freie zu gelangen, ebenso durch eine leichte Führung der geschärften Innenkante nach der Tonsillenoberfläche zu auch das härteste, narbige Gewebe zu durchtrennen. Bei zahlreichen Fällen (80) hat sich die Methode bewährt und muss dieselbe als sehr wirksames Mittel zur Beseitigung pathologischer Processe in den Lacunen und deren Folgezustände, sowie der Behandlung vorgeschrittener T. bezeichnet werden. Bei sehr empfindlichen Patienten kann man die kleine Operation noch auf mehrere Sitzungen vertheilen. Man muss aber nach Ablauf eines halben Jahres nochmals eine Revision der schon beträchtlich abgeschwollenen und leichter überblickbaren Mandeln nach etwa noch ungeschlitzt gebliebenen

Krypten vornehmen. Uebrigens ist das Frühjahr die beste Zeit zur Operation, weil dann bis zum Herbst alles gut zurückgebildet ist, resp. dann noch die eine oder andere vorher übersehene Lacune der nachträglichen Schlitzung vor Eintritt des Winters unterworfen werden kann. Zur Nachbehandlung bedient sich Autor der Tinct. Jodi, die er sofort nach der Operation und dann noch 4—5 Mal in halbwochentlichen Zwischenräumen auf die geschlitzten Mandeln applicirt (hierbei beachte man die Vorsichtsmaassregel, die stets bei Anwendung der Jodtinctur in der Nasen- und Rachenhöhle zu beobachten ist: man tauche das Wattebäuschchen, das man auf ein dünnes Holzstäbchen gewickelt hat, nur bis zur Hälfte in die Jodtinctur ein, wobei selbst bei festem Andrücken kein Herabrieseln in den Schlund stattfindet.

(Therap. Monatshefte 1895 No. 6.)

**Ulcus molle.** Prof. v. Herff (Halle) wendet bei Behandlung des weichen Schankers bei Frauen ein einfaches, sicheres und wenig belästigendes Verfahren an, die Aetzung mit Phenol: nach sorgfältiger Reinigung der Genitalien mit Sublimat oder Solveol werden die Geschwüre (oft sind zahlreiche vorhanden!) mit Watte getrocknet und dann mit Acid. carbolic. liquef. leicht bestrichen. Nach erfolgter Aetzung Reinigung der meisten Schorfe von der überschüssigen Lösung mittelst trockener Watte. Nur bei sehr ausgedehnten Geschwüren, besonders bei Sitz in der Nähe der Clitoris oder Harnröhre vorher Cocain! (sonst Schmerz geringfügig und kurzdauernd). Nachbehandlung: einfache Reinigung durch Sitzbäder, Ausspülungen mit Kal. permang., Carbol, Lysol u. s. w. Nach 4—5 Tagen Geschwüre meist rein und in Vernarbung begriffen (nur manchmal nochmalige Aetzung nöthig!). Stellt sich ausnahmsweise Fortschreiten des Processes ein, so ist dies ein ganz sicheres, manchmal sehr werthvolles Criterium für die syphilitische Natur des Leidens zu einer Zeit, in der eine Differentialdiagnose sonst nicht möglich gewesen wäre.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Juni 1895.)

**Ulcus ventriculi.** Dr. Curt Pariser bespricht die Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforirten U. Die



Perforation droht beim weiblichen Geschlecht viel mehr, als beim männlichen. Nach einer Statistik von Berthold z. B. fallen von 100 Fällen von Perforation 77 auf Weiber und nur 23 auf Männer. Der Prädilectionssitz der Perforation ist die vordere Wand, in specie der Cardiatheil derselben; nach Gould ist die vordere Magenwand in 85% Sitz der Perforation, doch ist diese Wand nur in 5% aller Fälle Sitz eines Ulcus. Also auf 200 Fälle von U. kommen 190 der hinteren und nur 10 der vorderen Wand, und von jenen 190 perforirten nur ca. 4, von diesen 10 bis 8,5. Diese Angaben sind für den Praktiker äusserst wichtig. Sie lehren, dass jedes U. bei der Frau als ein schwererer Fall aufzufassen ist, als beim Manne, und noch sorgsamer behandelt werden muss, gleichgültig, ob die Beschwerden selbst verhältnissmässig gering sind, und dass ein Fall, wo die topische Diagnose eines Geschwürs der vorderen Wand sicher oder auch nur wahrscheinlich zu sein scheint, als ein Casus gravissimus gelten muss. Die Erfahrungen zeigen ferner, dass, wenn Perforation eingetreten ist, schnellste Operation das Allererste und Nothwendigste ist, um überhaupt günstige Chancen zur Erhaltung des Lebens zu gewinnen und dass der innere Mediciner um so hoffnungsvoller und überzeugter auf die Operation drängen kann, als er und der Chirurg wissen, dass in der grössten Zahl der Fälle der Ort des Durchbruches schnell zu erreichen und leicht zugänglich ist. Giebt es aber bei frei in die Bauchhöhle erfolgter Perforation ohne chirurgische Intervention denn niemals einen anderen Ausgang, als einen tödtlichen? Ja, es kann glatte Heilung eintreten, aber nur dann, wenn zur Zeit der Perforation der Magen völlig leer war; denn dann kommt es zu keiner allgemeinen deletären, sondern zu einer ganz umschriebenen, heilsamen Peritonitis, die Verklebungen der Perforation, Verwachsungen und Anheftungen zur Folge hat, und ausserdem ist der leere Magen contrahirt und verschliesst schon rein mechanisch die Perforationsöffnung. Also bei leerem Magen giebt eine nicht operative Therapie nicht schlechte Chancen. Für die Behandlung des Ulcus ventriculi überhaupt aber stellt Autor folgende Grundsätze in Bezug auf drohende oder eingetretene Perforation auf:

1. Geschwüre der vorderen Wand, besonders bei Frauen — und so lange wir noch keine sichere topische Diagnose des U. kennen alle Magengeschwüre — müssen vor Allem mit absoluter Bettruhe behandelt werden unter möglichster Ausschaltung activer Bewegungen. Bei zweifelhafter Diagnose stecke man lieber einen Fall zu viel ins Bett als einen zu wenig.

Diese Forderung wird im Princip zwar bekanntlich in allen Lehrbüchern vertreten, aber in der Praxis auch nicht annähernd genügend erfüllt. Erfahrungsgemäss wird eine grosse Anzahl von Geschwürsfällen ambulant behandelt, oft genug sogar ohne wesentliche Einschränkung der körperlichen Arbeit. Und ganz abgesehen von allen anderen therapeutischen Reflexionen, die die Bettruhe mehr als räthlich erscheinen lassen, wird sie gefordert von der Prophylaxe der Perforation. Wir wissen, dass sich Perforationen, ausser besonders gern nach Mahlzeiten, fast immer nach Erschütterungen und Bewegungen des Körpers ereignen, z. B. wie die Casuistik lehrt, Stolpern, Reiten, Fahren in schlecht federnden Wagen, Anlegen gegen eine Tischkante, gegen ein Fensterbrett, ja beim einfachen Treppensteigen, beim Heben, Bücken, Umwenden, Brechen, Husten, Niesen, ja beim Pressen beim Stuhlgang, beim Aufrichten im Bett. Wenn auch nicht alle diese Möglichkeiten ausmerzend, so doch sicher ganz eminent einschränkend wirkt die Bettruhe.

2. Mehr wie bisher sollte mit der absoluten Bettruhe, namentlich bei Fällen mit langer Ulcusanamnese und ganz besonders nach Versagen der Fleiner'schen Wismuthcur, die Cur absoluter Abstinenz per os für mindestens 6—8, besser 8—12 Tage verbunden werden. An Stelle der Ernährung per os muss natürlich unter geschulter Wartung die rectale Ernährung treten. Man macht sich, auch in ärztlichen Kreisen, ganz falsche, übertriebene Vorstellungen von der Inanspruchnahme der Körperkräfte, die diese Heilmethode mit sich bringt. Mit anderen Autoren kann ich nur versichern, dass diese Cur durchgängig zum mindesten 6—8 Tage gut vertragen wird. Stärkere Inanitionserscheinungen zwingen

natürlich zum Abbruch. Etwa auftretender quälender Hunger wird durch kleine Dosen Cocain ausgezeichnet beeinflusst. Gegen Durst können mehrmals am Tage kleine Schlucke, ca. 1 Esslöffel abgekochten, gut gekühlten Wassers unbedenklich gegeben werden. Es ist diese Ruhigstellung des Organs zunächst die beste Schutzmaassregel gegen eine Perforation. Besonders häufig erfolgt die letztere erfahrungsgemäss im Anschluss an eine Mahlzeit durch die durch die Peristaltik ausgeübte Drucksteigerung. Mit Fortschaffung dieses Momentes ist auch die vornehmste Gelegenheitsursache der Perforation beseitigt, ganz zu schweigen von dem Factor, den dieses Vorgehen für die Heilung des Geschwürs darstellt. Und erfolgt dennoch bei völliger Magenleere eine Perforation, so sind die Gefahren ganz ausnehmend geringer.

3. Findet bei sicher leerem Magen trotzdem eine Perforation statt, so entscheiden die individuellen Verhältnisse des Falles, ob operirt werden soll, oder nicht. Bei schlechtem Kräftezustand scheint eine nicht operative Therapie von vornherein bessere Chancen zu geben, unter der Voraussetzung einer sorgfältigen, geschulten Pflege.
4. Ist es bei sicher leerem Magen zu einer Perforation gekommen, so besteht die nicht operative Behandlung vor Allem in unveränderlicher Rückenlage und völliger Abstinenz per os. Auch nicht einen Tropfen Wasser gestatte man. Dagegen können Lippen, Mund und Zunge stündlich mit einem nassen Leinentuch befeuchtet werden. Opium per rectum in ziemlich grossen Dosen (Extract. Opii 0,05 2 — 3 stündlich). Ganz leichte Eisblase aufs Abdomen; dieselbe darf nur kühlen, nicht drücken, und muss daher in einer Reifenbahre oder irgend einer anderen Schwebevorrichtung hängen. Der Harn darf nicht durch Selbstpressen, sondern muss mit einem weichen Katheter entleert werden. Am 3. Tage kann gegen den Hunger etwas Cocain per os gegeben werden. Am 5.—6. Tage kann mit schluckweiser, schwachlauer, flüssiger Ernährung per os begonnen werden. Täglich sind 4 Nahrungsklystiere zu appliciren und dieselben auch die erste

Zeit nach Wiederaufnahme der Ernährung per os fortzugeben, resp. dann allmählig einzuschränken, aber keinesfalls mit einem Male fortzulassen.

5. Wenn irgend ein Zweifel darüber herrscht, ob der Magen zur Zeit der Perforation leer war, lasse man unbedingt operiren. Ohne Operation ist bei nicht leerem Magen der Patient sicher verloren. Die Operation muss, wenn sie Chancen haben soll, binnen höchstens der ersten 10 Stunden vorgenommen werden.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1895 Nr. 28/29.)



## Bücherschau.

**Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz.** Annales suisses des Sciences médicales. Basel und Leipzig 1895, Verlag von Carl Sallmann.

II. Reihe, Heft 10: **Ueber Paget'sche Krankheit.** Von Dr. Rolf Lindt. 35 S.

II. „ „ 11: **Contribution à L'Étude du Streptocoque et de l'Entérite streptococcique.** Par MM. de Cérenville, Tavel, Eguet et Krumbein. 73 S.

Das 10. Heft der rasch beliebt gewordenen und allgemein geschätzten Sammlung enthält eine Arbeit über die seltene, zum ersten Male 1874 von Paget beschriebene Affection, von der 1890 erst etwa 50 Fälle bekannt waren, zu denen sich seitdem noch einige neue gesellten. Dr. Lindt beschreibt nun ebenfalls einen solchen, neuerdings in der dermatologischen Klinik von Prof. Lesser in Bern beobachteten. Ist bei einer so vereinzelt vorkommenden Krankheitsform von vornherein schon jede Beschreibung eines neuen Falles interessant und lehrreich, so fordert die vorliegende Arbeit noch dadurch besonders unser Interesse heraus, dass sie im Anschluss an diesen Fall die pathologische Anatomie und Mikroskopie desselben auf das Genaueste analysirt und in kritischer Weise mit den früher beschriebenen Befunden in Vergleich zieht. Die interessanten und für das Wesen des Leidens überaus wichtigen Einzelheiten und Resultate der Untersuchungen lese man im Original durch. — Auch Heft 11 der Sammlung bringt eine sehr fleissige und lehrreiche Arbeit über einen wichtigen Gegenstand. Dieselbe besteht aus 4 Aufsätzen, und zwar: „L'entérite à streptocoques“ von Prof. Dr. Tavel und Dr. Eguet, „Contribution à

l'étude clinique de l'entérite à streptocoques à forme typhoïde“ von Prof. Dr. de Cérenville, „Note sur un streptocoque encapsulé“ von Prof. Dr. Tavel et Dr. Krumbein und „Contribution à la biologie des streptocoques“ von Dr. Eguet. Die Titel kennzeichnen zur Genüge den Inhalt des Heftes, das durch einige vortrefflich ausgeführte, mikroskopische Befunde enthaltende Tafeln eine schöne Beigabe erhalten hat.

**Die Sterilität des Weibes.** Von Prof. Dr. Kisch. 2. Auflage. Wien und Leipzig 1895, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 445 S. Preis M. 8.—.

„Was klinische Beobachtung, anatomische Untersuchung und experimentelle Forschung uns über Erkennen der Ursachen und Begleiterscheinungen der Sterilität, sowie über ihre Behandlung zu lehren vermochten, das soll in der vorliegenden Monographie auf Grundlage einer zahlreichen, eigenen Erfahrung seine Erörterung finden,“ so lautete das im Vorwort zur 1. Auflage Seitens des Autors gekennzeichnete Programm, das in dem Werke denn auch in vollendeter Weise zur Ausführung gelangte. Der Gegenstand wurde nach allen Richtungen hin, dabei aber kurz und präcis beleuchtet, so dass das Buch nicht nur als Lehrbuch, sondern auch als Nachschlagewerk dem Praktiker die besten Dienste leisten musste. Kein Wunder, dass es bald allgemein beliebt und in kurzer Zeit eine 2. Auflage nöthig ward. Letztere weist die alte, als bewährt anerkannte Eintheilung des Stoffes auf, dieser selbst ist aber so wesentlich vermehrt, dass die Bogenzahl mehr als um das Doppelte stieg. Die Capitel „Sexualempfindung der Frau“ und „Verschuldung des Mannes an der weiblichen Sterilität“ erforderten eingehendere Behandlung, das Thema „facultative Sterilität“ und „operative Sterilität“ musste, entsprechend der modernen Wichtigkeit dieser Dinge, des Näheren erörtert werden, damit nichts, was auf die Sterilität des Weibes Bezug hat, ausser Acht gelassen wurde. So ist es dem Verfasser wieder gelungen, ein ganz vollkommen den Stoff erschöpfendes und auf der Höhe der Wissenschaft und der praktischen Bedürfnisse stehendes Werk zu schaffen, das sich viel neue Freunde erwerben wird. Nicht unerwähnt soll endlich bleiben, dass die Litteratur des Gegenstandes in einer Vollständigkeit Berücksichtigung fand, wie es bisher noch nirgends geschehen ist, und dass in zweckmässiger Weise ein genaues Litteratur - Verzeichniss jedem einzelnen Capitel vorausgeschickt wird.

**Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten.** Von Dr. Theodor S. Flatau. Leipzig 1895, Verlag von Johann Ambrosius Barth (Arthur Meiner). 430 S. Preis M. 8.—.

„Aus der Praxis für die Praxis,“ diese Worte fänden mit vollem Recht ihren Platz als Motto an der Spitze dieses Buches, in welchem der Autor, lange Auseinandersetzungen und weitschweifige Erklärungen vermeidend, die einzelnen Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten in 8 Capiteln (Bildungsfehler, Verletzungen, Fremdkörper, Mykosen, Blutungen. Betheiligung der ersten Athemwege bei acuten Infectionskrankheiten, Acute Entzündungen, Chronische Entzündungen, Chronische Infectionskrankheiten, Neubildungen, Nervenkrankheiten) bespricht. Die eben angegebene Eintheilung, bei der die 3 Organe stets in einem und demselben Capitel abgehandelt werden, hat zweifellos etwas für sich, aber sie führt bisweilen auch zu Unzuträglichkeiten. Abgesehen davon ist aber das vorliegende, mit 53 Abbildungen im Text versehene Buch eine werthvolle Bereicherung unserer specialistischen Litteratur und als Lehrbuch Aerzten und Studirenden warm zu empfehlen.

**Hydrotherapie für Aerzte.** Von Kreisphysikus Dr. Schilling. II. Auflage. Neuwied und Leipzig 1895, Verlag von Louis Heuser. 64 S. Preis: M. 1.50.

Es war ein glücklicher Gedanke des Verfassers, dem Praktiker die Methodik der wissenschaftlichen Hydrotherapie in kurzen Zügen vorzuführen. Das Werkchen giebt Aufschluss über die wichtigsten Daten der Entwicklung der Hydrotherapie, über die physiologische Wirkung des Wassers, über Indication und Contraindication, über die Methodik bei der Anwendung des Wassers als Heilmittel und giebt besonders genaue Detaillirung der dabei erforderlichen Manipulationen, so dass der Arzt schnell in den Stand gesetzt wird, auch in dem Privathause, wo der grosse Apparat der Anstalten und Sanatorien fehlt, seine Kranken hydriatisch zu behandeln. Heut zu Tage, wo die Schulmedizin allenthalben mit scheelen Augen betrachtet und vielfach mit bestem Erfolg von Wassercurpfuschern verdrängt wird, ist es Pflicht des Arztes, die Hydrotherapie durchaus zu beherrschen und sie als gleichberechtigtes Heilmittel zu verwenden, wo es noth thut! Das vorliegende Werkchen eignet sich vorzüglich zum Studium für den Praktiker und sollte in seiner Bibliothek nicht fehlen. Die 2. Auflage ist wesentlich vermehrt worden, indem die Errungenschaften der letzten Jahre gewürdigt und berücksichtigt wurden.

**Die Brown-Séquard'sche Methode und ihr therapeutischer Werth.** Von Dr. G. Buschan. Derselbe Verlag. 45 S. Preis: M. 1.25.

Neuerdings, wo die Schilddrüsentherapie im Mittelpunkt des ärztlichen Interesses liegt und durch zahlreiche praktische Resultate ihre Berechtigung im Heilschatze des Arztes durchaus erwiesen ist, wird ein Werkchen, wie das vorliegende, welches in objectiver Darstellung die ganze Methode behandelt und auf ihren therapeutischen Werth prüft, gewiss vollen Anklang finden. Brown-Séquard und seine Methode hat namentlich in der deutschen Gelehrtenwelt viel Anfeindungen erfahren, seine Angaben wurden sogar als Phantastereien bezeichnet und kurzer Hand abgethan. Buschan bestrebt sich auf Grund eigener Beobachtungen und der Litteratur nachzuweisen, dass man Unrecht hat, jene Methode über Bord zu werfen. Unseres Erachtens stehen manche seiner Behauptungen auf recht schwachen Füßen, immerhin trägt sein Buch viel zur Ehrenrettung des französischen Forschers und seiner Ideen bei und bringt manche interessante Aufklärungen und Anregung mannigfacher Art.

In demselben Verlage erschienen ferner (genauere Besprechung vorbehalten):

**Zur Behandlung der Oophoritis chronica durch Mineralbäder.** Von Dr. Arthur Löbel. 56 S. Preis: M. 1.50.

**Das primäre Scheidensarkom bei Kindern und Erwachsenen.** Von Dr. Münz. 30 S. Preis: M. 1.—.

**Meine Behandlung der Syphilis.** Von Dr. A. Kühner. 83 S. Preis: M. 1.50.

**Ueber 2 neue transportable Beinhalter.** Von Dr. Otto Ihle. 24 S. Preis M. —.75.

**Georgius Pictorius von Villingen.** Von Dr. E. G. Kurz. Freiburg und Leipzig 1895, Verlag von J. C. B. Mohr's Akad. Verlagsbuchhandlung (Paul Siebeck). 97 S. Preis: M. 1,80.

Das Interesse an der Geschichte der Medicin, das lange Zeit hindurch zu erlahmen schien, muss erfreulicher Weise in den letzten Jahren wieder zugenommen haben, und die Litteratur hat uns in



der letzten Zeit auch eine Reihe von kleineren und grösseren Werken dargeboten, welche nach dieser Richtung hin zielten und uns besonders mit dem Leben und Wirken einzelner bedeutender Aerzte früherer Jahrhunderte bekannt zu machen suchten. Das vorliegende Büchlein, das ein Lebensbild eines Arztes des 16. Jahrhunderts vor unseren Augen entrollt und zugleich ein Bild der medicinischen Wissenschaft seiner Zeit uns vorführt, wird nicht verfehlen, das Interesse der Collegen zu erwecken, denen es Genuss ist, in ihren Mussestunden „die einzelnen Leichensteine unserer hervorragenden Väter wieder auszugraben“. Der Leser wird durch die Lectüre des fesselnd geschriebenen Werkchens nicht nur unterhalten, sondern mannigfach angeregt. Es möge also hiermit bestens empfohlen sein!

**Therapeutisches Jahrbuch.** V. Jahrgang, Von Dr. Ernst Nitzelnadel. Leipzig und Wien 1895, Verlag von F. Deutike.

Alljährlich zur bestimmten Zeit stellt sich das gut ausgestattete Bändchen ein, in welchem die kurzen therapeutischen Angaben, entnommen der deutschen medicinischen Litteratur des vorangegangenen Jahres, enthalten sind. Es stellt sich ein als praktisches Nachschlagebuch für den, welcher nicht stets in den alten therapeutischen Pfaden wandeln will, sondern auch neue, ihm von maassgebender Seite bezeichnete kennen zu lernen bestrebt ist, ohne erst lange darnach suchen zu müssen. Der Praktiker hat nicht Zeit, die umfangreiche Journal-Litteratur zu durchstöbern, und so ist es ihm willkommen, in leicht übersichtlicher Form kurz und präcis alle Neuheiten der Therapeutik zu finden, wie er sie für seine Zwecke braucht. Der Verfasser entledigt sich alljährlich mit grossem Geschick dieser Aufgabe, d. h. dem Praktiker alles Wissenswerthe vorzuführen, und so wird auch dieser Jahrgang des „Therap. Jahrbuchs“ sich viele Freunde erwerben.



*Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.*

## Namen-Verzeichniss.

### A.

Abel 49.  
Abelmann 271.  
Adler 364.  
Ahlfeld 161.  
Albers 457, 501, 503.  
Albrecht 276.  
Ammann 154.  
Anders 454.  
Andressen 426.  
Angerer 4, 27, 482.  
Antonewitsch 447.  
Aronsohn 54, 140,  
142, 199, 305.  
Asch 206.  
Asher 342.  
Auerbach 177.  
Aufrecht 101, 553.

### B.

Baar 262.  
Bacelli 69, 475.  
Bachus 536.  
Bär 147.  
Bärwald 46, 114.  
Bätge 422.  
Bäumler 203, 388.  
Baginsky 206, 346.  
Balfour 527.  
Barbier 534.  
Bardeleben v. 14.

Bardenheuer 268.  
Barensfeld 125.  
Barlow 192.  
Baudelocque 521.  
Baum 175.  
Bechterew v. 305.  
Becker 125.  
Beer 247.  
Behring 12, 51, 94,  
141—149, 194,  
300.  
Benckiser 540.  
Bendix 177.  
Benicke 314, 361.  
Bergmann 198, 361.  
Berliner 533.  
Bernhardt 517.  
Berthold 572.  
Besnier 16.  
Beuttner 462.  
Bianchini 56.  
Biedert 85.  
Birt 556.  
Blagoveshtschensky  
265.  
Blaschko 20, 526,  
529.  
Blau 402.  
Blaud 388.  
Block 443.  
Blondel 529.

Blum 46, 114, 396.  
Boas 274, 275, 486.  
Boennecken 309.  
Bókai 141, 408.  
Borowicz 455.  
Bouchut 276.  
Brassert 31.  
Braun 159, 563, 564.  
Braune 366.  
Breisky 360.  
Bremer 56.  
Breton 471.  
Bretonneau 197.  
Brill 211, 220.  
Bruck 320.  
Bruns 111, 242, 483.  
Buck de 245.  
Büngner v. 60.  
Bunge 385.  
Burton 248.  
Busch zum 500.  
Buss 93.

### C.

Caessorici 19.  
Cahen-Brach 279.  
Casoli 165.  
Casper 117, 558.  
Castel du 547.  
Cauchard 24.  
Charcot 514.

Chiari 193, 498.  
 Claus 185.  
 Cnopf 444, 506.  
 Cnyrim 204.  
 Coesfeld 32.  
 Cohen 190, 546.  
 Cohn 22, 551.  
 Cole 152.  
 Cooper 56.  
 Cordier 69.  
 Costa, da 265.  
 Cramer 30.  
 Créquy 119.  
 Croq 226.  
 Cubasch 341, 418.  
 Curschmann 91.

**D.**

Dalby 377.  
 Danziger 215.  
 Daremberg 120.  
 Darier 189.  
 Dedjurin 280.  
 Delorme 455.  
 Demmer 158.  
 Demuth 195.  
 Deutsch 74.  
 Deutschmann 546.  
 Dobczynski v. 479.  
 Dougell 264.  
 Drapes 426.  
 Dronke 357.  
 Duchatelet 134.  
 Dührssen 67.  
 Duplay 448.

**E.**

Ebstein 235.  
 Eck 108.  
 Edlefsen 31.  
 Ehrlich 12, 51.  
 Eichhoff 170.  
 Emmerich 148, 481.

Engel 232.  
 Engel-Reimers 460.  
 Escherich 175, 277.  
 Eschle 279, 569.  
 Esmarch 128.  
 Etienne 70.  
 Eulenburg 14, 517.  
 Ewald 294.  
 Eysoldt 493.

**F.**

Fahm 389.  
 Farrer 317.  
 Fedtschenko 219.  
 Feer 260, 558.  
 Fehleisen 365.  
 Fehling 157.  
 Felsenreich 44.  
 Fiertz 557.  
 Flatau 162.  
 Flügge 176.  
 Foges 247.  
 Fournier 49, 424.  
 Foxwell 547.  
 Fränkel 405.  
 Francke 312.  
 Franzen 308.  
 Frédéricq 426.  
 Freudenberg 216, 548.  
 Freund 460.  
 Freyhan 100.  
 Friedheim 345.  
 Friedlieb 532.  
 Fritsch 37, 523.  
 Frühwald 279.  
 Fürst 77, 495, 526.

**G.**

Gärtner 173.  
 Galtier 248.  
 Ganzinotti 70.  
 Garofalo 19.

Gauchier 454.  
 Gerber 175.  
 Gerhardt 293.  
 Gersuny 137.  
 Geuther 84.  
 Gissler 24.  
 Göbel 260.  
 Gönner 300, 345.  
 Görl 423, 475.  
 Goldmann 185.  
 Goldberg 548.  
 Golebiewsky 6.  
 Golinier 273.  
 Gould 572.  
 Grätzer 12, 115.  
 Gram 150.  
 Grawitz 89, 217, 378.  
 Greif 225.  
 Grimm 271.  
 Groenouw 376.  
 Grossmann 298, 521.  
 Grosz 310.  
 Groze 397.  
 Grube 351, 445.  
 Grundzach 416.  
 Gruss 448.  
 Gurlt 38.  
 Gussenbauer 531.  
 Gutmann 529.  
 Guyon 32, 366.

**H.**

Hacker 213.  
 Hänel 153.  
 Haffter 300, 419.  
 Hager 194.  
 Hahn 82, 237.  
 Hajek 499.  
 Halasz 58.  
 Hallopeau 120.  
 Hammerschlag 484.  
 Hanau 388.  
 Hannot 4.

Hansemann 196.  
 Harnack 358.  
 Hasebrock 516.  
 Hasenfeld 210, 221.  
 Hasse 225.  
 Hauber 143.  
 Haug 71, 105, 211.  
 Haupt 86.  
 Havemann 58.  
 Hebra 173, 251.  
 Hecht 67, 306, 499.  
 Hedderich 248.  
 Heermann 189.  
 Heidenhain 514, 538.  
 Heim 251.  
 Helm 392.  
 Henoeh 206.  
 Herff v. 571.  
 Hersing 414.  
 Herxheimer 26.  
 Herz 92.  
 Herzfeld 563.  
 Heubner 51, 175, 208,  
 278, 331, 363, 388,  
 407.  
 Heuse 298.  
 Hildebrandt 89, 488.  
 Hillebrecht 136, 223.  
 Hirsch 274.  
 Hirschberg 155, 217,  
 404.  
 Hirschfeld 402.  
 Hochsinger 286.  
 Hölscher 327.  
 Hoffa 414, 514.  
 Hoffmann 308, 569.  
 Hofmeier 66.  
 Holladay 371.  
 Horicicka 204.

**I.**

Idziński 456.  
 Illner 175.

Immermann 388.  
 Isaac 283, 284.  
 Israel 470, 554.

**J.**

Jackson 13.  
 Jadassohn 70, 78.  
 Janet 77.  
 Jarisch 223.  
 Jaquet 547.  
 Jaruntowski v. 477.  
 Jenner 107.  
 Joseph 79.  
 Juillard 126, 244.  
 Juillien 215.  
 Jurasz 248.

**K.**

Kaempffer 61.  
 Kalischer 530.  
 Kalt 156.  
 Kaposi 307.  
 Karewski 405.  
 Keilmann 247.  
 Kerris 107.  
 Kersch 208.  
 Ketel van 45.  
 Kétli 485.  
 Kézmárszky v. 69.  
 Kissel 222.  
 Knapp 296.  
 Knopf 14.  
 Kober 249.  
 Koch 48, 75, 85.  
 Köhler 102, 328.  
 Kolliker 129.  
 König 129, 150, 243.  
 Königstein 321.  
 Körte 141.  
 Kohlmeyer 1.  
 Kollmann 444.  
 Korsch 153.  
 Kossel 95, 199.

Kozzolino 3.  
 Krakauer 188.  
 Kramer 62.  
 Kraske 203, 504.  
 Krause 163, 455.  
 Krecke 128, 152, 167.  
 Krönlein 64.  
 Kronacher 28. 133.  
 Kümmel 424.  
 Küster 59.  
 Kummer 453.  
 Kuntzen 195.  
 Kupffer 65.  
 Kusserow 378.  
 Kutner 397.  
 Kutscher 50.

**L.**

Labedzki 357.  
 Ladenburg 89.  
 Landerer 268.  
 Landesén 422.  
 Lang 232, 250.  
 Lange 300.  
 Langes 327.  
 Langfeldt 62.  
 Langsdorff, v. 357.  
 Langstein 187.  
 Langlois 37.  
 Laquer 306.  
 Lasch 165.  
 Lassar 284.  
 Laub 250.  
 Lecorché 46.  
 Lederer 83.  
 Ledermann 80, 281.  
 Legal 126.  
 Legneu 214.  
 Leichtenstern 266,  
 276.  
 Leiser 449.  
 Leistikow 98, 172,  
 365.

Leiker 213.  
 Leloir 449.  
 Lenhartz 545.  
 Leopold 63, 161, 229,  
 460.  
 Lermoyez 114, 392.  
 Lesser 322.  
 Letzel 78.  
 Lewin 99, 283, 284,  
 308, 321, 374, 509,  
 526.  
 Lewinthal 299.  
 Leyden 13.  
 Libbertz 12.  
 Lichtenberg 29.  
 Liebreich 536.  
 Lilienfeld 412.  
 Littauer 66.  
 Litten 322.  
 Löhlein 524.  
 Löffler 55, 150, 197.  
 Lollis 20.  
 Lorenz 414.  
 Lublinski 145.  
 Lutkens 368.  
 Lutaud 233, 377.  
 Luxemburg 232.  
 Lyonnet 327.

**M.**

Mackenzie 422.  
 Macfairlain 310.  
 Malber 248.  
 Manasse 366.  
 Mankiewicz 505.  
 Mankiewitz 284.  
 Marchandé 329.  
 Martin 150, 360.  
 Marx 26, 562.  
 Matzokin 166.  
 Maurange 37.  
 Mellinger 395.  
 Mende 43.

Mendel 7, 473, 147.  
 Mendelsohn 188.  
 Menge 229.  
 Mesnil de Rochemont  
 231.  
 Middeldorpf 147.  
 Mikulicz 126, 468.  
 Minicis 107.  
 Mittenzweig 464.  
 Moizard 10.  
 Monti 252.  
 Morton 47.  
 Moskowitz 315.  
 Mourel 316.  
 Mracek 250, 280, 430.  
 Müller 45, 78, 100,  
 159, 204, 374, 452,  
 507.  
 Muralt 353.

**N.**

Nägeli 154.  
 Nägeli - Akerblom  
 270.  
 Narkiewicz 136.  
 Navratil 355.  
 Neebe 444, 552, 556.  
 Neisser 22.  
 Neumann 166, 169,  
 496.  
 Neusser 220.  
 Nijhoff 318.  
 Noerdlinger 389.  
 Nonne 545.  
 Noorden v. 343, 402.  
 Nothnagel 388.

**O.**

Oberländer 118.  
 Oertel 149.  
 Ohlemann 518.  
 Orthmann 350.  
 Oscherovski 531.  
 Osswald 5, 274.

**P.**

Paget 515.  
 Pal 3.  
 Palchowsky 320.  
 Palm 534.  
 Palmer 323.  
 Papp 57.  
 Pariser 571.  
 Parrot 347.  
 Pasquay 149.  
 Paulus 427.  
 Pavy 445.  
 Pawlow 260.  
 Pellissier 532.  
 Pelzer 162.  
 Petersen 268, 412,  
 483.  
 Petit 120.  
 Pfannhauser 173.  
 Pfeifer 301.  
 Phokas 415.  
 Pick 166, 232.  
 Pincus 348.  
 Pluder 454.  
 Poppert 38.  
 Pospelow 442.  
 Potejenko 136.

**Q.**

Quill 25.  
 Quinke 101, 387.

**R.**

Ramm 19.  
 Ranke v. 142, 149,  
 301.  
 Rankin 546.  
 Ranshoff 189.  
 Rapmund 304.  
 Recht 316.  
 Rehfeld 100, 312.  
 Rehfish 568.  
 Rehn 18, 485.

Reichert 110.  
 Reichmann 170.  
 Reinert 456.  
 Reinicke 132, 359.  
 Renault 63.  
 Resnikow 74, 457.  
 Richardson 377.  
 Richter 56.  
 Riegler 237.  
 Riehl 398.  
 Rille 474, 560.  
 Ritschel 244.  
 Ritter 41.  
 Robitschek 16.  
 Rodsewitsch 177.  
 Römer 434.  
 Rona 547.  
 Rosciszewski 112.  
 Roselli 299.  
 Rosenberg 97, 241.  
 Roth 220.  
 Roux 55, 107, 150,  
 420.

### S.

Saalfeld 283, 285.  
 Sämisch 189.  
 Säxinger v. 466.  
 Salzwedel 18.  
 Samter 227.  
 Sasse 350.  
 Sasso 2.  
 Saunders 426.  
 Saul 526.  
 Savelieff 115.  
 Schade 2.  
 Scharlam 414.  
 Schatz 521.  
 Schaumann 89.  
 Schede 268, 453.  
 Schewelew 214.  
 Schild 358.  
 Schirmer 190.

Schleich 1, 453.  
 Schlesinger 230.  
 Schliep 539.  
 Schlossmann 118.  
 Schmey 478.  
 Schmidt 64, 103, 396.  
 Schmidt-Rimpler 296.  
 Schmiedeberg 387.  
 Schmitt 503.  
 Schmitz 404.  
 Schmorl 460.  
 Schneider 120.  
 Schnirer 58.  
 Schnitzler 193.  
 Scholl 481.  
 Scholz 146.  
 Schottelius 203.  
 Schottmüller 410.  
 Schreiber 311.  
 Schuckelt 537.  
 Schüle 137.  
 Schüller 140.  
 Schütz 272, 441.  
 Schultze 247, 566.  
 Schuster 326.  
 Schwalbe 205.  
 Schwimmer 99.  
 Sedzimir 31.  
 Seidel 472, 526.  
 Seidler 11.  
 Seifert 369.  
 Seiz 204.  
 Senator 507.  
 Senger 21, 39.  
 Sevestre 11.  
 Siegheim 308.  
 Sigaela 19.  
 Sigel 50.  
 Simon 301.  
 Singer 486.  
 Snegiroff 3.  
 Soltmann 256.  
 Sonnenburg 204.

Spengler 401, 427.  
 Spiegler 287.  
 Stadelmann 404, 406.  
 Staelin 280.  
 Starlinger 434.  
 Standtke 110, 111.  
 Starr 91.  
 Steckel 538.  
 Steffen 165.  
 Steuer 130.  
 Sticker 426, 555.  
 Störk 498.  
 Stöwer 347.  
 Strahlmann 143.  
 Strassmann 565.  
 Strauss 47, 114, 421.  
 Ströll 11.  
 Strübing 55.  
 Strümpell 14.  
 Stumpf 550.  
 Sultan 25.  
 Székely v. 60.  
 Szöcz 509, 554.

### T.

Taube 258.  
 Teschemacher 400.  
 Theilhaber 162, 565.  
 Theinhardt 434.  
 Thiem 467.  
 Thimm 527.  
 Thorner 85.  
 Thomalla 110.  
 Tienhofen 450.  
 Tillmanns 14.  
 Tomony 356.  
 Tower 295.  
 Treiber 148.  
 Treitel 470, 561.  
 Trendelenburg 37.  
 Treymann 205.  
 Trump 409.  
 Tufnell 527.

**U.**

Uebe 211.  
 Unna 251, 288, 365.  
 Unterholzner 254.

**V.**

Vanderlinden 312.  
 Veith 75.  
 Verneuil 120.  
 Vierordt 355.  
 Vigneron 43.  
 Villetti 549.  
 Virchow 199.  
 Vogel 85.  
 Vohsen 519.  
 Voinovitch 487.  
 Voll 236, 320.  
 Volland 64.  
 Vulpian 514.

**W.**

Walcher 156, 157.  
 Wallé 207.

Walton 245.  
 Warmann 316.  
 Wassiljew 478.  
 Watraszewski 41.  
 Weber 358.  
 Wegele 87.  
 Weichardt 2.  
 Weiss 211.  
 Welander 82, 476.  
 Welsch 456.  
 Wenzel 534.  
 Wertheim 549.  
 Wertheimber 214.  
 West 345.  
 White 105.  
 Wicherkiewicz 5.  
 Widerhofer 201.  
 Wild 235.  
 Wilmanns 76.  
 Windmüller 135.  
 Winter 90.  
 Winternitz 166, 433,  
 487.

Witthauer 303.  
 Wittkowski 1.  
 Witzel 125.  
 Wobern-Wilde 216.  
 Wolff 131, 163.  
 Wollenmann 260,  
 308.  
 Woroschilsky 311.  
 Wroblewski 350, 368.

**Z.**

Zander 272.  
 Zappert 168.  
 Zawadzski 232.  
 Zdekauer 341.  
 Zeidler 390.  
 Zemann 317.  
 Ziegelroth 356.  
 Ziegler 431, 451.  
 Ziemssen v. 222, 388,  
 538.  
 Zweifel 563.

**Verlag von CARL SALLMANN in Basel und Leipzig.**

Von den allgemein beliebten

## **Medicinischen Uebungsbüchern**

von

**Dr. med. Eugen Graetzer**

sind im Ganzen nachstehend verzeichnete acht Bände erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

**Band I.**

**143 Krankheitstypen aus der inneren Medicin.**

Preis Mark 2.40.

**Band II.**

**86 Krankheitstypen aus der Chirurgie.**

Preis Mark 1.80.

**Band III.**

**66 Krankheitstypen aus der Augenheilkunde.**

Preis Mark 1.80.

**Band IV.**

**84 Typen v. Haut- u. Geschlechtskrankheiten.**

Preis Mark 2.20.

**Band V.**

**106 Typen von Kinderkrankheiten und angeborenen Missbildungen.**

Preis Mark 2.40.

**Band VI.**

**53 Typen aus dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshülfe.**

Preis Mark 2.20.

**Band VII.**

**77 Typen von Ohren- u. Nasenkrankheiten, sowie Kehlkopf-, Rachen- u. anderen Halsaffectionen.**

Preis Mark 2.40.

**Band VIII.**

**84 seltene und atypische Krankheitsformen aus allen Zweigen der Medicin.**

Preis Mark 3.—.



---

Druck von C. Grumbach in Leipzig.

---







UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05976 9433

Digitized by Google

Oscar Bzdik  
Original from  
Buchbinderei  
UNIVERSITY OF MICHIGAN  
Oppeln, Querstr. 13.

